

**Západočeská univerzita v Plzni**

**Fakulta filozofická**

**Bakalářská práce**

**Sexuálně přenositelné choroby a jejich vliv na  
podobu intimních vztahů**

**Karolina Tichá**

Plzeň 2016

**Západočeská univerzita v Plzni**

**Fakulta filozofická**

Katedra Sociologie

**Studijní obor Sociologie**

**Studijní program Sociologie**

**Bakalářská práce**

**Sexuálně přenositelné choroby a jejich vliv na podobu  
intimních vztahů**

**Karolina Tichá**

*Vedoucí práce:*

Mgr. Ema Hrešanová, Ph.D.

Katedra sociologie

Fakulta filozofická Západočeské univerzity v Plzni

Plzeň 2016

Prohlašuji, že jsem práci zpracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a literatury.

*Plzeň, duben 2016*

.....

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala vedoucí své bakalářské práce Mgr. Emě Hrešanové, Ph.D. za odborné vedení mé bakalářské práce, ochotu, trpělivost a poskytnutí cenných rad. Svůj vděk bych ráda vyjádřila participantům/kám, kteří se na výzkumu podíleli.

## Obsah

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1 ÚVOD .....</b>  | <b>7</b>  |
| <b>2 TEORETICKÉ VYMEZENÍ .....</b>                                     | <b>10</b> |
| 2.1 Lidská sexualita a sexuální jednání.....                           | 10        |
| 2.2 Sexuálně přenositelné choroby .....                                | 13        |
| 2.3 Koncept stigmatu .....   | 15        |
| 2.3.1 Vnější a vnitřní stigmatizace .....                              | 17        |
| 2.4 Nemoc jako stigma.....   | 19        |
| 2.5 Partnerské a intimní vztahy v modernitě .....                      | 21        |
| 2.5.1 Mladí jedinci a pohled na partnerství.....                       | 24        |
| 2.5.2 Fenomén singles .....  | 28        |
| <b>3 METODOLOGICKÁ KAPITOLA.....</b>                                   | <b>30</b> |
| 3.1 Výzkumný vzorek .....  | 31        |
| 3.2 Sběr dat .....   | 31        |
| 3.3 Analýza dat.....   | 32        |
| <b>4 OBDOBÍ PŘED NAKAŽENÍM POHLAVNĚ PŘENOSTELNOU<br/>CHOROBU .....</b> | <b>33</b> |
| 4.1 První vztah .....  | 33        |
| 4.2 Typ vztahový a nevztahový .....                                    | 34        |
| 4.3 Podoby partnerství v kontextu současné doby .....                  | 36        |
| <b>5 SITUACE BĚHEM ONEMOCNĚNÍ.....</b>                                 | <b>38</b> |
| 5.1 První pocity při nakažení STD .....                                | 38        |
| 5.2 Stigmatizace jedince .....   | 39        |
| <b>6 OBDOBÍ PO VYLÉČENÍ .....</b>                                      | <b>42</b> |
| 6.1 Sebereflexe .....  | 42        |
| 6.2 Proměna ochrany zdraví.....  | 43        |
| 6.3 Podoba a navázání vztahu po subjektivní zkušenosti s STD           | 45        |
| <b>7 ZÁVĚR.....</b>  | <b>48</b> |
| <b>8 SEZNAM LITERATURY .....</b>                                       | <b>51</b> |
| 8.1 Internetové zdroje.....  | 54        |
| <b>RESUMÉ .....</b>  | <b>56</b> |

|   |           |
|---|-----------|
| <b>9 PŘÍLOHY</b> .....  | <b>58</b> |
| <b>9.1 Příloha č. 1 - Profily participantů</b> .....  | <b>58</b> |
| <b>9.2 Příloha č. 2 – Sexuálně přenositelné choroby vyskytující se ve<br/>    výzkumu</b> ..... | <b>61</b> |
| <b>9.3 Příloha č. 3 – Formulář informovaného souhlasu</b> .....                                 | <b>63</b> |

# 1 ÚVOD

Tématem sexuálně přenositelných chorob je problematika, která se může týkat každého jedince ve společnosti. Nejen, že ovlivňuje samotný zdravotní stav jedince, odráží se také v pozdějším individuálním prožívání sexuálních zkušeností, intimity a má nedozírné důsledky v otázce navazování partnerských vztahů. Rozhodla jsem se tedy postihnout veškeré aspekty již zmíněného tématu a pomocí hloubkových rozhovorů reflektovat onu změnu v nazírání na partnerské vztahy skrze individuálně prožitou zkušenost s pohlavně přenositelnou nemocí. V tomto ohledu mi napomáhá proměna chápání partnerských vztahů vlivem proměnlivé dynamiky společnosti.

V dnešní době se stáváme svědky obrovské revoluce na poli partnerství a intimity. Můžeme se tak setkat s nejrůznějšími typy vztahů, které jsou pro postmoderní společnost typické, ať už se jedná o fenomén *singles* či tzv. fenomén přátel s benefity, kdy jedinci vyhledávají pouze sexuální uspokojení bez jakéhokoliv závazku a romantické lásky. Dalším činitelem v otázce navazování partnerských vztahů se stává kyberprostor, který skrze sociální sítě zavdává zcela nový úhel pohledu na samotné partnerství. Přináší tak do této sféry životních drah jedince možnost selekce ideálního partnera, tím pádem je možno reflektovat individualizaci jedince a jeho posouvání rodinného života do pozdějšího věku. Individualizace samotná se stává dle Becka (2004: s. 119) tradičním odrazem moderní společnosti. Jedná se o odosobnění, kdy jedinec upřednostňuje své potřeby a jedná čistě racionálně. Může se tak stát, že přirozená solidarita ve společnosti úplně vymizí. Nelze opomenout prim kariérní realizace. V návaznosti na výše zmíněné aspekty dochází k nárůstu počtu sexuálních partnerů, což souvisí s přirozeným výběrem nejlepšího potenciálního partnera. To může vést k většímu riziku nakažení pohlavními nemocemi.

Občané České republiky jsou povinni hlásit výskyt pohlavních nemocí v případě onemocnění, opakovaného nakažení, úmrtí v důsledku pohlavních nemocí nebo nakažení na území ČR, v případě pěti onemocnění, a to syfilisem, gonokokovou infekcí – kapavkou, chlamydiemi a chancroidem – měkkým vředem. Občané jsou samozřejmě povinni hlásit také nákazu HIV/AIDS, ale toto onemocnění spadá do samostatné skupiny (ÚZIS ČR, 2012: s. 7).

V roce 2012 Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR zaznamenal nárůst případů kapavky o 62,1 %, z 6,8 na 11,00 případů na 100 000 obyvatel. Tento nárůst se týkal především mužů ve věku 20 až 24 let. Statistiky dále poukazují na malou četnost opakujícího se výskytu u mužů či žen. Ve většině případů byla nemoc zjištěna poprvé. Naopak u onemocnění syfilisem došlo k mírnému poklesu výskytu o 5,7 %, výsledkem je 6 případů na 100 000 obyvatel. Celkem bylo v roce 2012 nahlášeno 1856 pohlavně přenositelných chorob u 1802 osob. U některých bylo diagnostikováno více nemocí. 1271 případů těchto onemocnění bylo zjištěno u mužů a 531 u žen (ÚZIS ČR, 2012: s. 11 - 13). Explicitně bude práce zaměřena na tyto čtyři pohlavní nemoci, jež spadají do kategorie vyléčitelných a občané České republiky jsou povinni je hlásit.

Cílem bakalářské práce nesoucí název „Sexuálně přenositelné choroby a jejich vliv na podobu intimních vztahů“ je analyzovat, jak tato osobní zkušenost proměňuje pohled jednotlivce nejen na intimní, ale i partnerské vztahy. Na celé téma je nahlíženo skrze koncept stigmatu, jelikož je zajímavé sledovat, zda tato prožitá zkušenost nějakým negativním způsobem ovlivnila samotný život jedince ve společnosti a jestli může být jedinec skrze tuto prožitou zkušenost stigmatizován. Teoretická kapitola se zabývá lidskou sexualitou a sexuálně přenositelnými chorobami, následně konceptem stigmatu a poté jsou tyto dvě oblasti propojeny skrze optiku Susan Sontag, jež se tematikou



nemocí a stigmatizace detailně zabývá. Posléze jsou diskutovány fenomény a dosavadní výzkumy týkající se partnerství a intimity. Druhá, metodologická část zaštiťuje realizovaný výzkum, který je členěn chronologicky do tří stěžejních kapitol, od období před nakažením, přes situaci během samotného nakažení, až po období po vyléčení a následnou reflexi proměny náhledu na partnerství skrze nákazu pohlavní nemocí.

## 2 TEORETICKÉ VYMEZENÍ

Teoretická část bakalářské práce se zaměřuje na intimní vztahy a sexuální prožívání. Nejdříve se zabývá proměnou významu sexu v životě jedince, poté sexuálně přenositelnými chorobami a v neposlední řadě se zaměřuje na postupnou proměnu partnerských vztahů změnou sexuálního prožívání vlivem modernizace a vývojem společnosti. Vzhledem k povaze práce bude samotný vliv pohlavních nemocí na partnerské vztahy zkoumán skrze koncept stigmatu.

### 2.1 Lidská sexualita a sexuální jednání

Světová zdravotnická organizace definuje sexualitu jako „*ústřední aspekt bytí jedincova života, zahrnuje sex, genderovou identitu a role, sexuální orientaci, erotiku, radost, intimitu a reprodukci. Sexualita je uplatnění a vyjádření myšlenky, představy, touhy, přesvědčení, postojů, hodnot, chování, praktik, role a vztahů.*“<sup>1</sup>

Stejně tak, jako vztahy, prošla i sexualita postupným redefinováním a proměnou. Hlavními mezníky byla antikoncepce, která umožnila diferenciaci sexuality a reprodukce. Další zlom představuje přítomnost viru HIV/AIDS, která paradoxně otevřela tematiku sexuality. S proměnou sexuality souvisí všechny společenské atributy od globalizace, přes individualizaci, až po klesající religiozitu. Sennett (1986) hovoří o ideologii intimity, která vyplývá z procesu individualizace a tím ohrožuje lidské vztahy. Identifikuje tři hlavní východiska konceptu intimity:

1. *Blízkost mezi osobami představuje morální dobro.*
2. *K aspiracím na vývoj individuální osobnosti dochází prostřednictvím zažívání blízkosti a tepla s druhými.*

---

<sup>1</sup>WHO. 2010. „Defining sexual health.“ [dostupné z: [http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual\\_health/sh\\_definitions/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/), vid. 2015-04-05].

3. *Mýtus, že původ všeho zlého ve společnosti můžeme implikovat do odcizení v mezilidských vztazích* (Sennett cit in Bianchi, 2013: s. 8).

Sexuální svoboda s sebou přinesla bezpochyby značné výhody, avšak i svá rizika a problémy. Giddens (2012: s. 10) tento fenomén nazývá plastická láska, označuje tak, oddělení nutnosti reprodukce a sexuality. Dále uvádí, že tato plastická láska je součástí jedince a boří představy o významnosti mužského sexuálního zážitku.

První výzkum v oblasti sexuálního jednání byl uskutečněn ve třicátých a čtyřicátých letech 20. století Alfredem Kinseyem a jeho spolupracovníky. Vzorek obsahoval 18 tisíc žen a mužů. Tento první výzkum reflektoval předmanželský sex, homosexuální zkušenosti, masturbaci apod. (Weiss, Zvěřina, 2001: s. 20). Změny sexuálního chování se týkají především žen, úzce souvisí se změnou ženské role v moderní společnosti, kde je zaznamenáván odklon od tradičních hodnot – od společnosti zaměřené na rodinu ke společnosti zaměřené na individualistické hodnoty (Weiss, Zvěřina 2001: s. 30).

Otevřenost postmoderní doby s sebou nadále nese benevolenci v oblasti sexu a sexuálního jednání. Přesto, že stále podléháme určité kontrole ze strany okolí, se četnost sexuálních vztahů zvyšuje a hranice prvního sexuálního styku se snížila. To se nutně nemusí týkat sexuálního styku, ale všech sexuálních projevů. Dle přehledové statě z roku 1996, která se zabývá sexuálními zážitky české mládeže, je klesající věk prvního pohlavního styku hlavním trendem (Rabušič, Kepáková, 1999: s. 5).

V roce 1997 byl mezi brněnskými studenty navštěvující 3. ročník středních a učňovských škol proveden výzkum zabývající se sexuálním chováním adolescentů a riziky HIV. Výzkum ukázal, že průměrný věk prvního pohlavního styku byl u chlapců 15,7 roků a u dívek 15,8 roků (Tamtéž).

Do sexuálního jednání a chování je nutno zahrnout i fenomén tzv. *přátel s výhodami*, dále je používán termín *friends with benefits*. V tomto vztahu jde pouze o uspokojení vlastních potřeb, potřebu intimity, pudových potřeb bez jakýchkoliv závazků a citů. Láska zde rozhodně není primárním elementem vzniku. Jedná se v podstatě o obchod, který přinese zisk oběma stranám.

Bisson a Levin (2009: s. 70) ve svém výzkumu zjistili, že respondenti spatřují největší benefit u tohoto typu vztahu ve svobodě, autonomii, možnosti být sexuálně činný se známou osobou, nezodpovídání se druhému. Negativní aspekty jsou spatřovány v obavě z vytvoření silnějších citových pout jedné strany, riziku otěhotnění bez vážného vztahu, nezávaznost a paradoxně zároveň absence větších citových pout.

Je tedy zřejmé, že sexuální prožívání nestojí pouze na vztahu, dnešní doba je natolik otevřená všem možnostem, že není ničím ojedinělým, když jedinec uspokojuje své sexuální touhy bez déle trvajícího vztahu. Tím se ovšem zvyšuje riziko výskytu sexuálně přenositelných chorob. Máirtín Mac an Ghail a Chris Haywood (2007: s. 150) ve své publikaci *Gender, Culture and Society* tvrdí, že postmodernizace v oblasti sexu vytváří jakýsi povědomý okruh takzvaných sexuálních voleb a tužeb, z čehož vyplývá určitý způsob života z hlediska genderu a sebeprojekce.

## 2.2 Sexuálně přenositelné choroby

Pohlavně přenositelné choroby, *sexually transmitted diseases* (STD) nebo *sexually transmitted infections* (STI) jsou infekční onemocnění. Vyskytují se nejčastěji u osob v produktivním věku a přenášejí se převážně pohlavním stykem. Každá sexuálně přenositelná choroba má své specifické příznaky a projevy (viz příloha č. 2).<sup>2</sup> Tato onemocnění se přenáší krví, sekrety sliznic, slinami či spermatem. Výzkumy z posledních let ukazují, že výskyt těchto onemocnění roste a to po celém světě. Každoročně se objeví cca 500 mil. nových případů.<sup>3</sup>

Mapovat pohlavní nemoci bychom mohli až do starověkého Řecka a Říma. Zaměříme-li se však na moderní dobu, bylo obdobím největšího nárůstu sexuálně přenositelných nemocí (dále jen STD) v období mezi první světovou a druhou světovou válkou. Dalším mezníkem v četnosti STD byla padesátá léta 20. století s vynálezem penicilinu, který výrazně ulevil tehdejšímu obyvatelstvu a díky němuž se mohlo proti nemocem efektivně bojovat, tudíž se jejich výskyt rapidně snížil. O deset let později však můžeme zaznamenat enormní nárůst, a to především kapavky a syfilidy. Zcela nový rozměr STD přišel v letech osmdesátých s výskytem nemoci AIDS způsobenou virem HIV. Obecně vzato lze nejvyšší výskyt onemocněním STD reflektovat u osob se zvýšenou sexuální činností a promiskuitou.<sup>4</sup>

Nebezpečí onemocněním HIV/AIDS bývá v naší společnosti podceňováno, ovšem ne v takové míře jako infekce jinými pohlavními chorobami. Po otevření hranic se v určitých regionech, jako například

---

<sup>2</sup>UZEL, Radim. 2001-2013. „Sexuálně přenositelné choroby.“ [dostupné z: <http://www.planovanirodiny.cz/clanky/sexualne-prenosne-choroby>, vid. 2015-03-20].

<sup>3</sup> Vitalion. 2016. „Pohlavní choroby.“ [dostupné z: <http://nemoci.vitalion.cz/pohlavni-choroby/>, vid. 2015-04-05].

<sup>4</sup>UZEL, Radim. 2001-2013. „Sexuálně přenositelné choroby.“ [dostupné z: <http://www.planovanirodiny.cz/clanky/sexualne-prenosne-choroby>, vid. 2015-03-20].

v Praze a v příhraničních oblastech, výskyt pohlavně přenosných nemocí navýšil. Meziroční nárůst případů syfilidy a kapavky byl až 250 % (Weiss, Zvěřina 2001: s. 33).

Ukázku podněcování infekce STD lze vyčíst z výzkumu z roku 1993, který se zabýval otázkou, zdali jedinci při svém prvním pohlavním styku používali kondom. Ten ukázal, že 15 % Pražanů ve věkové kategorii 15-29 let kondom užilo. (Rabušič, Kepáková, 1999: s. 168). Ovšem výzkum uskutečněný o rok později (1994) přinesl již příznivější data. Kondom při prvním pohlavním styku použilo 52 % chlapců a 21 % dívek ve věkové skupině 15-17 let. (Tamtéž).

I když se tedy užití ochrany neustále zvyšuje, stále se v české adolescentní populaci používání kondomu setkává spíše s negativními konotacemi. Pro obhajobu sexuálního styku bez kondomu nejčastěji nejen adolescenti používají tyto námitky: *„kondom snižuje sexuální dráždivost obou partnerů a brání plnému prožitku sexuálního aktu, moment přípravy kondomu k použití nevhodně naruší atmosféru okamžiku a jeho spontánnost, nedostatečná anonymita při nákupu“* (Rabušič, Kepáková, 1999: s. 175). Teva, Bermúdez a Biela-Casal (2010: s. 260-267) se zabývali proměnnými, které mohou ovlivňovat rizikové chování (HIV/STD). Výzkum byl prováděn na španělských středních školách a zahrnoval 4 tisíce studentů. Z výsledků vyplynulo, že nadpoloviční většina všech dotazovaných použila při svém posledním pohlavním styku kondom, jako ochranu proti případným STD.

Co se pohlavních nemocí týče, podle statistických údajů *Centers Disease Control and Prevention* (CDC) z roku 2013 je zřejmé, že v Americe lze zaznamenat pokles výskytu chlamydiových onemocnění o 1,5 % ve srovnání s rokem minulým. U žen bylo zaznamenáno 623 případů na 100 000 žen, u mužů to pak bylo 262 případů onemocnění na 100 000 obyvatel (Division of STD Prevention, 2014: s. 27). Stejný úkaz můžeme vidět u onemocnění kapavkou, kde se počet nakažených jedinců

taktéž snížil. Přesto, kapavka zůstává jednou z nejrozšířenějších nemocí v USA (Division of STF Prevention, 2014: s. 36).

Problémem Spojených států se stává syfilis, ten je na obrovském vzestupu, i když v porovnání s dalšími pohlavními nemocemi je jeho výskyt menší. Nárůst o 22 % je však alarmující číslo. Počet u mužů vzrostl o 12 %, což je enormní zvýšení výskytu této nemoci a připadalo zde 9 -10 případů na 100 000 obyvatel, u žen tato rovina neměla nijak zvláště zvýšenou či sníženou tendenci. Jednalo se o 0,9 případů na 100 000 obyvatel (Division of STF Prevention, 2014: s. 51). Tato data ukazují, že pohlavní nemoci jsou na vzestupu a nejedná se o tak banální problém, jak se může na první pohled zdát.

### **2.3 Koncept stigmatu**

Tato kapitola popisuje koncept stigmatizace a podoby, které se ve společnosti objevují, stejně tak příčiny a následky. Dále pak jsou detailně rozebrány dvě roviny tohoto konceptu, které mají na jedince odlišný vliv.

V literatuře se lze setkat s velkým množstvím definic, které pojem stigma, stigmatizace vysvětlují. Erving Goffman (2003: s. 9 -11), který tento koncept rozpracoval, se ve své publikaci *Stigma* zabývá vztahem mezi stigmatizovanými, tedy nějak odlišnými jedinci a lidmi „normálními“. Stigmatizaci chápe jako atribut, který odlišného člověka určitým způsobem znevýhodňuje, omezuje či vyčleňuje. Hlavním důvodem je odchýlení od společností vnímaného stereotypního rámce. Často je stigma chápáno jako prostředek, kterým dochází k utváření sociálního vyčlenění jedince nebo skupiny. Giddens (1997: s. 147) definuje stigma jako jakoukoliv vlastnost, ať už fyzickou nebo sociální, která se stává původem studu a hanby. Bruce a Link (2001: s. 367-371) konceptualizovali stigma za pomoci čtyř hlavních atributů na základě kterých dochází ke stigmatizaci jedince. Prvním je tzv. *labeling*, neboli onálepkování, označení rozdílností (rasa, barva vlasů či pohlaví). Druhým

atributem jsou tyto rozlišnosti a jejich významy, tedy určité negativní konotace. Třetím bodem je rozlišení mezi námi, tedy „my“ a „oni“, čtvrtým atributem je diskriminace a ztráta statutu. Přičemž čtvrtý bod je pak samotná stigmatizace jedince.

Schneider (2001: s. 479-481) hovoří o stigmatizaci jedince v kontextu viditelných (fyzických) nebo skrytých (duševních) znaků. Ústředním bodem se stává samotný jedinec a jeho subjektivní nahlížení, kdy znevýhodněný člověk prochází pocity studu, zahanbení či depresí. Tito autoři rozdělili stigmatizaci do několika stěžejních atributů, kterými jsou možnost svou odlišnost skrývat, tedy zda postižený disponuje odchylkou na první pohled zjevnou či nikoliv. V dalším bodě dochází k proměně vztahu postiženého s okolím. V případě skryté stigmatizace, se jedná o to, zda se jedinec otevře a svěří se svou odlišností svému okolí, což může mít negativní vliv na sociální interakci s druhými a následné vyloučení. Poté probíhá změna v sociálním jednání a interakci v návaznosti na vážnost a průběh nemoci. Estetické rysy, například vizuálně znetvořená osoba nemůže tyto odchylky skrývat, proto u ní vzniká větší riziko okamžité stigmatizace a odlišného nahlížení. To může postižený jedinec vycítit z chování jedince druhého skrze jeho posunky, odvracení apod. To má poté větší dopad na jeho osobní a emocionální život.

Některá onemocnění, jako jsou například sexuálně přenositelné choroby, může postižená osoba skrývat, avšak i tak je zde riziko sociálního vyloučení. V posledním bodě je nutno rozlišit, zda jedincova anomálie může vést k ohrožení společnosti (Schneider, 2001: Tamtéž). Tento bod nepochybně koresponduje s pohlavními nemocemi, kdy se postižený jedinec může při neřešení daných problémů stát přenašečem a tím ohrožovat další jedince ve společnosti.



Dle Scheffera (2003: s. 3 - 5) je stigma důsledkem lidské potřeby vymezovat se vůči odlišnosti či jinakosti. Těmito vymezeními posilujeme normalitu vlastní identity. Proces stigmatizace je náročný a zdlouhavý, má dopad nejen na samotného jedince, ale může ovlivnit celé rodiny, komunity, společenství. Scheffer rozpracoval koncept, kde se vyjadřuje k dopadům oné stigmatizace.

Říká, že proces stigmatizace může postihovat různé oblasti jedincova života a mít tak negativní dopad na určité segmenty jeho životní dráhy. Příkladem je zaměstnání, jelikož jedinec může být svou nemocí ovlivněn a následně diskreditován, není schopen stoprocentně naplňovat očekávání zaměstnavatele. Dále může ovlivňovat jeho vlastní hodnoty, reflektovat tyto dopady je možné v míře sebevědomí, deprese, pocitu vlastní neschopnosti apod. Tato situace se bezprostředně týká rodiny i nejbližšího okolí jedince, jelikož nejsou neobvyklé situace, kdy okolí nevyčlení pouze inkriminovanou osobu, ale i její rodinu. Tento bod se pak dále váže na bod výše zmíněný, kdy podněcuje k ještě většímu pocitu zklamání, neschopnosti a hanby (Scheffer, 2003: Tamtéž).

Dle Puhl a Beownel (2003: s. 70) je stigma určitá sociální konstrukce, jež je podmíněna a ovlivněna kulturními, historickými a situačními faktory. Takto onálepkovaný jedinec je okolní společností reflektován jako jiný, odlišný od normativních očekávání. Samozřejmě zde vyvstává mnoho dalších podnětů, které ovlivňují celý proces stigmatizace, příkladem je společenský kontext, forma stigmatizace (viditelná, skrytá), samotná identita postiženého a jeho schopnost identifikovat se s odmítnutím ze strany společnosti.

### **2.3.1 Vnější a vnitřní stigmatizace**

Erving Goffman (2003: s. 61-63) vymezil stigmatizaci jako dvě roviny, a to stigmatizaci zjevnou (public) a skrytou (self). U prvního typu se jedná o stigmatizaci v důsledku například vrozené vady. Je zde třeba

rozlišovat vadu zjevnou na první pohled, příkladem může být popálená tvář nebo určité fyzické postižení se situací, která není na první pohled evidentní, záhy se však projeví. Příkladem může být defekt v oblasti orální interakce. Avšak i tuto odchylku bychom zařadili do kategorie zjevné. Corrigan a Watson (2002: s. 16-20) diferenciovali stigma na tři hlavní atributy, které celkově tvoří proces stigmatizace, a to stereotypy, kdy si okolí vytvoří určitou představu o postiženém a jeho odlišnosti. Následně předsudky, kdy se vnější okolí s těmito stereotypy ztotožní a poslední fáze diskriminace, což má za následek vyloučení marginalizovaného jedince. Zjevná stigmatizace je tím nejtypičtějším projevem diskriminace jedince na základě fyzické odlišnosti.

Z výzkumu Corrigan a Watson (2002: s. 16-20) vyplývá, že jedinci se zjevnou vadou vyhledávají lékařskou pomoc častěji, než jedinci se stigmatizací skrytou. Je možné domnívat se, že důvodem je nucené přijetí role stigmatizovaného. Fyzicky postižený či jinak fyzicky odlišný jedinec očekává negativní konotace ze strany okolí, tudíž se na ně může připravit a přijmout onu roli odlišného. Ve většině případů se s touto situací setkává v běžném životě, což mu paradoxně vytváří podmínky pro lepší reakci a adaptaci v daném okolí.

Přesto, že na první pohled rozlišnost vedoucí k vyloučení jedince ze společnosti není vidět, jedinec si ji velice silně uvědomuje (Goffman, 2003: s. 68). Corrigan a Watson (2002: s. 16-20) ve své práci hovoří o tzv. self-stigma, kdy se celý proces taktéž opírá o tři hlavní argumenty jako u public-stigma (stereotypy, předsudky, diskriminace), avšak v každém bodě se jedná o převrácený proces, kde ústřední roli hraje sám stigmatizovaný. V bodě stereotypů začne mít postižená osoba negativní smýšlení, v druhém bodě (předsudky) se jedinec identifikuje s tímto negativním smýšlením o sobě samém, což se poté negativně projevuje v jeho jednání a následném pocitu diskriminace.

Dle Goffmana (2003: s. 55-100) hraje v tomto případě důležitou roli sociální informace, která se stává prostředníkem zjištění jakési odchylky. Což se u stigmatizace skryté zjišťuje daleko obtížněji, než u znaku viditelného, jakým je například fyzické postižení, invalidní vozík. Jedinec, který je nějakým způsobem skrytě stigmatizován, není pro své okolí nijak odlišný, jelikož může stigmatizaci skrývat. Avšak ono dlouhodobější skrývání určitého problému nebo zkušenosti či předstírání se postupem času stává nepohodlné a může mít negativní vliv na jedincovu identitu. V realizovaném výzkumu by se lidé mohli setkat se stigmatizací skrytou, skrze nakažení pohlavní chorobou. To se poté může projevit na jejich duševním zdraví a budoucím navazování vztahů.

Je tedy zjevné, že stigmatizace se dá konceptualizovat různými způsoby a na tento proces se lze dívat z více úhlů pohledu, avšak všichni výše zmínění autoři uvádějí stigmatizaci jako proces, při kterém jedinec dostává nálepkou „něčím odlišný“, vyčnívá svou odchylkou od „normálu“ a tak k němu jeho okolí přistupuje. Avšak paradoxně tak dochází k utužení oné normality, jež je ve společnosti očekávána.

## **2.4 Nemoc jako stigma**

Susan Sontag (1997: s. 74) se zaměřila na nemoc a její metafory v kontextu dnešní společnosti. Nejlépe to asi vyjadřuje její následná citace: *„Moderní metafory nemoci konkretizují ideál společenského zdraví, analogického zdraví tělesnému, a ten může být právě tak dobře apolitický, jako může být volání po novém politickém řádu.“*

Vyčlenit se ze společenského řádu je možné různými způsoby, příkladem je spáchání trestného činu či nákaza určitými chorobami. Týká se to nemocí neznámých, pohlavních a nevyлéčitelných. Slova nemoc, choroba mají sama o sobě negativní konotace, lidé se je naučili používat v běžném životě, v jiných negativních kontextech. Například rakovina ve vztahu k městům, která se rychle rozšiřují. Dále se můžeme s metaforami

nemocí setkat v politické oblasti, příkladem jsou státní *orgány*. Choroba se stává ekvivalentem čehosi špatného a zlého, proti čemu se musí bojovat. Přesto, že nemocný člověk se cítí být za něco trestán, jelikož onemocněl, pohled z druhé strany je naprosto odlišný. Nemoc je cosi, co musí být trestáno. Sontag říká, že pokud se v politické sféře přirovná nemoc k určité události, automaticky tak určujeme vinu, vyměřujeme trest (Sontag, 1997: s. 79).

Vzhledem k povaze práce, která je zaměřena na sexuálně přenositelné choroby, je podmětne uvést metafory, které se týkají pohlavního, sexuálního života. Původem je nemoc AIDS, která ovlivnila několik sfér společnosti. Ovlivnila nejen medicínu, ale i samotný sex, který se posléze stal rizikovou záležitostí. Obecně se pohlavní nemoci samozřejmě vyskytovaly, avšak jednalo se o léčitelné formy, které jedince při včasné řešení nijak zvláště neohrožovaly. Až s nástupem viru HIV byla společnost nucena zamyslet se nad sexuálním zdravím (Sontag, 1997: s. 145). S onemocněním AIDS a STD se metaforicky pojí výrazy jako promiskuita, homosexualita, deviace či perverze. Evokuje v lidech potřebu bezpečného sexu nebo dokonce sexuální zdrženlivosti. Sontag uvádí výstižnou metaforu v kontextu dnešní počítačové doby. „*Nikdy nevkládejte do počítače disketu, aniž si ověříte její zdroj.*“ (Sontag, 1997: s. 151).

Přehledová stať Younga, Nussbauma a Monina (2006: s. 789-796) uvádí několik výzkumů, které se zaměřují na STD v kontextu stigmatu. Tyto výzkumy odhalují, že stigma je důvodem toho, proč se lidé jen v malé míře nechávají testovat na STD. Bojí se pohrdavých pohledů nejen ze strany personálu, ale i svého okolí. Další studie ukazují, že existuje mnoho lidí, kteří při problémech s STD z důvodu studu a zahanbení vyhledávají pomoc velice pozdě, a tak se stávají potencionálními přenašeči pohlavní nemoci. Výsledky výzkumu prokázaly, že hlavní příčinou nízkého počtu testovaných jedinců na STD,

jako prevence proti STD jsou ony potencionální hrozby stigmatizace spojené s danou nemocí.

## 2.5 Partnerské a intimní vztahy v modernitě

Tato kapitola se explicitně zaměřuje na vývoj partnerských a intimních vztahů vlivem proměnlivé dynamiky společnosti. Popisuje různé podoby a druhy partnerství, které jsou pro postmoderní společnost typické, až se postupem času staly fenoménem a odrazem této doby.

Partnerské vztahy prošly během let různými změnami. Pokud budeme hovořit o předmoderní Evropě, hlavním aspektem uzavírání sňatků nebyla vášeň (*amour passion*) ani vzájemná přitažlivost, ale jednalo se o promyšlený obchod, který přinesl užitek oběma stranám. Jedincům mohl umožnit posun na socioekonomickém žebříčku, milostné projevy se v manželství objevovaly jen zřídka a sexuální styk sloužil pouze k reprodukčním účelům (Giddens, 2012: s. 49). Také otázka domácnosti byla striktně rozdělena skrze genderové role. Žena byla v domácnosti, starala se o děti a mimomanželský sex nepřipadal v úvahu, protože cudnost byla od ženy očekávána, oproti tomu muži měli více příležitostí k mimomanželskému sexu. Jedinou výjimkou byly aristokratické kruhy, kde ženy byly do jisté míry zbaveny svých „domácích“ povinností“ (výchova dětí, domácí práce) a měly více prostoru pro svou seberealizaci (Giddens, 2012: s. 50).

Moderní doba 19. století přinesla nový náhled na partnerství a došlo ke spojení tří aspektů, lásky, manželství a sexuality v jeden celek (Giddens, 1999: s. 156). Giddens dále ve svém díle *Proměna intimacy* hovoří o proměně konceptu romantické lásky, kde je ústředním bodem přitažlivost, na tzv. lásku plynoucí, ve které hraje ústřední roli vyrovnanost. Nosným bodem je sexualita, která vychází u obou partnerů z jejich předchozích zkušeností (Giddens, 2012: s. 71 – 73).

Ulrich Beck (2004: s. 177-179) ve své práci *Riziková společnost* hovoří o formování nukleárních rodin na počátku 19. století. V této době se rodí koncept rodiny jako jeden pospolitý celek, kdy je jedinec solidární vůči druhému. Zároveň roste rovnice diferenciací domácích prací a působení na pracovním trhu. Oproti tomu Katrňák a kolektiv (2010: s. 25) tvrdí, že na počátku 20. století se manželství stále uzavírala z důvodu finanční stability páru. Lidé primárně vstoupili do svazku manželského a až posléze začali společně plánovat budoucí život. Soužití bez manželského slibu bylo tehdy nepřípustné, avšak typické pro nižší vrstvy.

Tuto povahu vztahů pak Beck (2004: s. 132-133) demonstruje na Marxově základně a nadstavbě. Základna, symbolizující ekonomiku a nadstavba, jakožto vše okolo, náboženství, kultura aj. Nástavba závisí na základně a jakékoliv změny v základně poté ovlivňují nadstavbu. Říká, že základnu si můžeme představit jako majetek, dům či pole, což jsou aspekty nutné pro přežití rodiny. Změny, v majetkových poměrech pak přímo ovlivňovaly život samotné rodiny. Výjimkou není ani český kontext, kdy ještě v 70. a 80. letech uzavírala sňatky nadpoloviční většina párů. Změna přišla s pádem komunistického režimu. Na scénu vstoupil individualismus a s ním spojené individuální volby a potřeby jedince. Ruku v ruce s těmito událostmi šla touha po realizaci na pracovním trhu a to nejen mužů, ale i žen, čili odsunutí rodinného života na druhou kolej (Katrňák, Lechnerová, Pakosta, Fučík, 2010: s. 20 - 25).

V důsledku širších společenských změn se i partnerské vztahy transformovaly. Od stoupaní rozvodovosti až po tzv. „žití na psí knížku“. Svou roli zde samozřejmě sehrál i vliv konzumerismu a touha po kariérním úspěchu. (Katrňák, Lechnerová, Pakosta, Fučík, 2010: s. 20-23). Giddens (2012: s. 193-200) uvádí, že vztahy postmoderní společnosti jsou mnohem otevřenější a partneři jsou si ve vztahu rovni. Zmiňuje i tzv. „čistý vztah“, který je záležitostí dvou lidí a toho, co do něj vkládají. Jedná se o součást intimity, kterou jeden druhému odhalují. Je

tedy zjevné, že s proměnou vztahu se tak proměňuje i samotná intimita, která má v dnešní době značný význam.

Partnerskými vztahy a jejich proměnou se zabýval Tomáš Katrňák (2000: s. 308-312) ve své práci *Moderní partnerské vztahy a jejich proměna v době pozdní modernity*. Popisuje v ní strategie jednotlivých aktérů při navazování a udržování partnerských vztahů. Říká, že pokud lidé chtějí společně jednat, je třeba, aby se primárně poznali, vytvořili si určité pouto, otevřeli se jeden druhému a získali vzájemnou důvěru. Důležitým aspektem pro navázání vztahu je minulost a sdělení osobní pravdy. Na rozdíl od tradičních vztahů, kterým předcházelo společné soužití, se moderní vztahy vyznačují svým důrazem na sexuální přitažlivost. Místo toho, aby lidé skutečně hledali dlouhodobé vztahy a soužití, se nejprve zaměřují na sexuální zkušenost a nechtějí se vázat.

Vzhledem k rozmanitosti a heterogenitě současné společnosti je studium dnešních vztahů a sociálních pout více než nutné, jelikož se dnešní společnost nachází v revolučním období, které formuje úplně odlišné struktury. Za největší revoluční zlom v partnerství je považováno zrovnoprávnění mužů a žen, ale dnešní podoby partnerství představují naprosto odlišný rozměr. Nic není nemožné, žít v páru, žít jako *singles*, homosexuální soužití, partnerství prostřednictvím sociálních sítí. Je však nutné položit si důležitou otázku, odrazí se všechny tyto možné i nemožné formy vztahu na postmoderní společnosti? Na sexuálním prožívání, samotné intimitě?

Sasha Roseneil a Shelley Budgeon se zaměřily na kulturu intimity, péči a osobní život 21. století. Existují tzv. non-normativní intimní vztahy mez přáteli, milenci, bývalými milenci, partnery, kteří spolu nežijí, partnery, kteří spolu nemají sex aj. Jedinci se setkávají s obtížemi, kdy neumí explicitně pojmenovat, definovat tyto sítě vztahů. Vztah jako takový se stává decentralizovaným a nahrazují ho různé formy partnerství, ať už závazného či nezávazného. Beth Hess poprvé v roce 1979 upozornila na

sociologii přátelství, jakožto možného tématu vhodného pro větší prozkoumání, a to optikou intimních vztahů (cit dle Rosenail, Budgeon, 2004: s. 138). Důvodem mohlo být čím dál tím větší odosobnění v kontextu partnerských vztahů.

Tento výzkum prokázal, že lidé mnohdy uzavírají životní přátelství, která fungují jako rodina. Mohou sdílet stejný dům a vychovávat děti jako spolubydlící, jelikož vyžadují určitou ekonomickou, sociální a emoční stabilitu. Tak oddělí svůj soukromý a rodinný život od sexuálního. Přes prokázanou redefinici rodiny v podobě, jak ji známe, je zde evidentní nutnost zachovat určitý rodinný rámec (Rosenail, Budgeon, 2004: 150-153).

### **2.5.1 Mladí jedinci a pohled na partnerství**

Mladí lidé, kteří mají možnost volby, odsunují svůj vstup do manželství, a tím získávají čas pro četné navazování dalších partnerských, intimních vztahů. Nabyté zkušenosti jim pomáhají nejen nalézt ideálního partnera bez dosavadních závazků, ale mohou je aplikovat i v následném vážném vztahu (Arnett, 2004: s. 69-72).

Giddens (2012: s. 20-21) vyzdvihuje výzkum Lillian Rubin z roku 1989, která se zaměřila na zkoumání sexuální historie mladých jedinců. Zjistila, že transformace pohledů na vztah se rapidně změnila u mladých dívek, které nečekají na toho „pravého“, jako tomu bylo dříve. Vykazují stejné sexuální jednání jako muži, sbírají zkušenosti a vybírají správného, potencionálního partnera. V oblasti partnerství se zajisté počítá s genderovou rovností, avšak ve většině případů si muži představují tradičně zakořeněnou domácnost, čili muž živitel, žena pečovatelka.

Otevřenost postmoderní společnosti způsobila přehodnocení preferencí mladší generace a náhledu na udržování dlouhodobého vztahu. Výzkum z roku 2008, který provedl Katrňák se zaměřuje na mladé participanty/ky ve věku 15 – 27 let, kteří se vyjadřovali k otázce vážného



vztahu a jeho významu. Výsledky ukázaly čtyři hlavní atributy, které jsou stěžejní pro existenci vážného vztahu: sexuální věrnost, společné plány do budoucna, zapojení do rodiny a společní známí. Dále uváděli, že než se svým partnerem navázali vážný vztah, znali se delší dobu předtím, přibližně více než rok. Dále od vážného vztahu očekávají emocionální podporu či společné soužití. Ne všechny vztahy jsou však vážné, participanti/ky uváděli, že mají převážně vztahy, jež považují za nevážné, důvodem je například oddělené soužití (Katrňák, Lechnerová, Pakosta, Fučík, 2010: s. 48-51).

Obdobným úkazem se ve svém výzkumu *Partnerství spolu nebo zvlášť* zaobíraly Lenka Formánková a Alena Křížková (2014). Mladí jedinci ve větší míře vyžadují autonomii a oddělené bydlení. Krok ke společnému bydlení berou jako závazek a symbol onoho vážného vztahu, jenž je ve společnosti pevně zakořeněn. Automaticky se na ně váží další fenomény společnosti jako manželství, domácnost apod. Faktory, jež ovlivňovaly společné soužití, byly studium nebo pracovní dráha. Avšak i tato forma partnerství má dvě strany mince. Někteří si tento stav vybrali sami, většinou se jedná o mladší věkovou kohortu, jiní nemají možnost výběru, jelikož bydlí daleko od sebe a už mají své životy, což se logicky týká starší věkové kohorty (Formánková, Křížková, 2014: s. 155-156). Je třeba vyzdvihnout poznatek, jenž se týká možnosti volby. Společnost, ve které žijeme, nám umožňuje vesměs vše, na co si jedinec může vzpomenout, není tedy stigmatizován ze strany svého okolí například při odmítnutí vstupu do manželství.

Na otevřenost a v podstatě anarchii dnešní společnosti reagoval Zygmunt Bauman (2013: s. 33) ve svém díle *Tekutá láska*, kde definoval postmoderní vztahy jako tzv. kapesní. Jedná se o vztahy, které jsou založeny na promyšlenosti, rozumu, logice a kalkulu. Lidé do nich vcházejí dobrovolně bez vášně, touhy či „lásky na první pohled“. Jedinec už od začátku ví, co od tohoto vztahu očekává a co očekává od druhé strany.

Neustále tuto podobu kontroluje a při jen sebemenší změně či nežádoucí situaci může toto spojení bez větší ztráty ukončit a hledat jiný vztah, nový, který naplní jeho očekávání.

Dnešní doba staví do popředí samotný sex, který je neoddělitelnou součástí intimního i partnerského vztahu a stále častěji na něj jedinci kladou největší důraz. Je možné slyšet věty typu: „Pokud to neklape v sexu, pak vztah nemá smysl.“ Investice do „oprav“ či hledání společných kompromisů je příliš veliká a zdlouhavá, jedinec tedy radši půjde o „dům dál“. Avšak přílišná zatíženost na oblast sexu a jenom sexu, má své následky. Jedinci poté navštěvují specializované poradny, kde řeší zklamání a neschopnost navázat fungující emocionální vztah (Bauman, 2013: s. 53). Přes všechny výše zmíněné aspekty se pro fungující vztah vyžaduje sexuální oddanost, citové uspokojení a samozřejmě naplnění sexuálního očekávání a potřeb (Katrňák, Lechnerová, Pakosta, Fučík, 2010: s. 72).

Dalším znakem tohoto typu lásky v moderní konzumní společnosti dle Baumana (2013: s. 58-69) je obava ze závislosti na druhém. Klade se důraz na racionalitu, sex je pouze spotřebním zbožím, které nám má za menší investici přinést co největší užitek. Tudiž čistě sexuální, intimní vztahy jedinci přinášejí pouhé potěšení bez jakéhokoliv závazku. Dalším problémem je pak samotná interakce mezi jedinci díky mobilním telefonům, internetu a sociálním sítím. Dnes jsou všichni online, samotná komunikace je daleko jednodušší, než tomu bylo dříve, avšak paradoxně produkuje odcizení jedince. Dále říká, že vztahy jsou sice častější a intenzivnější, avšak také povrchnější a kratší. Jejich navázání nevyžaduje tolik času ani námahy, taktéž jejich přerušování je mnohem jednodušší, bez nutné konfrontace. Dnes už je téměř standardem ukončení vztahu například přes mobilní telefon nebo sociální síť. Přesto, že se jedná o čin, který následně podléhá kritice, je nutno reflektovat, že je jednoduchý, rychlý a nekonfliktní, stejně jako výše zmíněné vztahy. To

jsou hlavní aspekty, kvůli nimž se k těmto formám ukončení vztahu jedinci uchylují. Moderní tekutá konzumní společnost sice nabízí nepřeborné množství možností, avšak zároveň dělá z člověka bytost individualistickou, racionální a konzumní.

Formami vztahů a jejich podobnostím v moderní společnosti se zabývají také Ulrich Beck s Elisabeth Beck-Gernsheim (2014). Ti se detailně zaměřují na fenomén dálkového vztahu, jehož rozvoj podnítil nejprve mobilní telefon, avšak velký *boom* přišel s rozmanitostí a dostupností internetu, kdy nejprve mohla korespondence probíhat soukromě skrze e – maily. Postupem času, vznikem různých sociálních sítí, padly veškeré zábrany a vytvořil se naprosto nový prostor, *kyberprostor*. Ten umožňuje jedinci vytvoření i několika rozlišných identit a tak není nemožné stát se kýmkoliv. Avšak pro samotného jedince či celou společnost tato virtuální realita může mít fatální následky. S tímto fenoménem vystávají i negativní konotace v podobě špatného navazování tradiční osobní interakce a následné schopnosti realizovat se v intimní či partnerské sféře.

Oblast voleb pro vztah se rapidně rozšířila. Láska má v moderním světě v podstatě neomezené hranice. Vztah již neurčuje rodina, jako to mu bylo dříve, z jedince se stal individualista, který sám volí. V minulosti bylo obtížné dostat se do vedlejší vesnice, natož do jiného státu, na jiný kontinent. Postupem času padly tyto omezující hranice a mobilita se stala skoro neomezenou, čímž se rapidně rozšířily oblasti pro seznámení. Takovým dalším nástrojem pro seznámení se v kontextu současné společnosti stal bezesporu internet. Na scénu se tak dostal úplně nový typ neosobního partnerství. Primárně se může zdát, že s sebou přináší jistá omezení, na druhé straně však umožňuje odbourání určitých bariér, kterými jedinec při osobním kontaktu disponuje. Příkladem mohou být nejen osobní vlastnosti, ale i tělesné anomálie, které skrze internet neexistují. Ne jinak je tomu u sexuálních projevů, pro které se virtuální

svět stává limitem (Beck, Beck-Gernsheim, 2014: s 58-60). Tato forma lásky svými znaky koresponduje s tzv. láskou tekutou. Najdeme zde společné znaky krátkodobosti, malé investice a jistou míru odosobnění. Také má své klady a zápory.

Beck společně s Beck-Gernsheimovou (2014: s. 62-63) dálkovou lásku přirovnávají k sexu bez nutnosti měnit ložní prádlo či jídlu bez špinavého nádobí. Internet vybízí k tvorbě ideálního já, konstrukci nové identity a tvoření takzvaných ideálních vztahů. Riziko přichází s konfrontací s realitou, která odhaluje zatajené pravdy, nástrahy všedního života a vytěsňuje ono blouznění v kyberprostoru.

### **2.5.2 Fenomén singles**

Na základě těchto proměnných je pak možno reflektovat mnoho mladých jedinců, kteří nepreferují vážné vztahy, ba naopak upřednostňují svobodný život. S tím souvisí fenomén *singles*. Jan Jandourek definuje singly jako „...jedince, kteří nechtějí vstupovat do manželství, protože jim život o samotě v zásadě vyhovuje. Motivací je především větší možnost věnovat se kariéře, osobním zálibám, vstupovat do více sexuálních vztahů.“ (Jandourek, 2003: s. 219). Radka Radimská a Marcel Tomášek (2003: s. 6) uvádí, že se *singles* vyznačují tím, že upřednostňují svůj profesní život před osobním a absencí dlouhodobých pevných vztahů. Také však říkají, že většina singlů v budoucnu předpokládá svůj vstup do manželství, čili budoucí soužití v páru nevyklučuje. Co se otázky sexuálních vztahů týče, hovoří Tomášek (2006: s. 100-101) o tom, že všechny tyto znaky života *singles* není nutné vnímat jako aspekty pro zvolení si tzv. „single života“, lze je brát jako možné důsledky onoho „single života“ či jako náhradu za chybějící partnerský vztah.

Další výzkum zabývající se fenoménem *singles* ukazuje obecné špatné vysvětlení „singlovství“. Jedním z vysvětlení je, že se jedná o jedince, kteří nemají sexuální vztahy nebo je na ně nahlíženo jako na

lidi, kteří žijí sami či s pocitem samoty. Většina *singles* osob žije s mnoha lidmi, ať už to jsou děti, spolubydlící či přátelé. Tento fenomén nelze bagatelizovat na dvě roviny typu nemá sexuální vztah nebo má mnoho sexuálních vztahů. Ani se nemusí jednat o jednice, jež jsou právě ve fázi hledání nového partnerského vztahu (DePaulo, Morris, 2005: s. 70- 78). Ve většině případů se jedná o osobní autonomní volbu samotného člověka, kterému tento styl života vyhovuje, avšak nemůžeme vyloučit, že se u některých *singles* jedná o přechodný stav.

Podobný výzkum uskutečnila Marta Vohlídalová v roce 2010, když zjišťovala, v jakých partnerských formách dnes lidé žijí. Hovoří o preferenci mladých lidí žít samostatně, individuálně. Maximálně sdílejí domácnost s příbuznými. Avšak skoro polovina dotazovaných ve věkové kohortě 25 - 60 let, žije v manželském svazku, hned druhou pozici obsadil život *singles*, tedy bez partnera/ky. Dále poukazuje na fakt, že většina jedinců ve věku do 35 let žije bez vážnějšího partnerského vztahu. 49 % mužů do 35 let nežije s partnerkou, u žen je to pak 33 % (Vohlídalová, 2014: s. 81). Tato demografická zjištění poukazují na vzrůstající trend *singles*, který s sebou nese další značná úskalí, jako je například snížená porodnost naší populace.

### 3 METODOLOGICKÁ KAPITOLA

Tato kapitola popisuje hlavní cíle výzkumu a metody, které jsou ve výzkumu užity. Následně detailně rozvádí, jak postupovala samotná realizace výzkumného šetření. Součástí této kapitoly je taktéž analýza a výsledky sebraných dat.

Hlavním cílem a současně výzkumnou otázkou bakalářské práce je, jak subjektivně prožitá zkušenost se sexuálně přenositelnou chorobou ovlivňuje pozdější nahlížení na partnerské a intimní vztahy v kontextu postmoderní společnosti. Dalším cílem je odhalit, jaké typy vztahu jedinci nejčastěji udržují a zda při budování jejich vztahů hraje roli možný pocit stigmatizace z prožité zkušenosti s STD.

Práce staví na kvalitativním výzkumu, kterým se rozumí jakýkoliv výzkum, jehož výsledků se nedosahuje pomocí statistických metod a jiné kvantifikace. Základem je určení tématu a následně hlavní výzkumné otázky, ty se však mohou měnit v závislosti na průběhu výzkumu. Kvalitativní výzkum je postaven na indukci i dedukci. Analýza dat probíhá zároveň s jejich sběrem. Důležitým aspektem při sběru dat je jejich saturace, výzkumník je díky ní schopen identifikovat, kdy už má dostatečné množství dat. Kladem kvalitativního výzkumu je možnost hlubšího prozkoumání problematiky (Hendl, 2005: s. 49-55).

Přístupem je případová studie, která se vyznačuje tím, že řešitel sbírá velké množství dat u menšího počtu participantů. Jejím základem je detailní prozkoumání dané tematiky, zachycení složitosti případů a popsání vztahů v širším kontextu. Jedna studie nám umožňuje následně lepší pochopení podobných případů. Nakonec se celá studie zasazuje do širšího rámce či souvislostí a dává nám tím prostor pro komparaci s případy jinými (Hendl, 2005: s. 104-105). V mém výzkumu se budu opírat specificky o osobní případovou studii, jelikož se zaměřuje na život jedince a zkoumá příčiny, důvody a souvislosti určité životní

situace. Jedná se tedy o události, které zkušenosti se sexuálně přenositelnou chorobou nejen předcházely, ale i následovaly.

### **3.1 Výzkumný vzorek**

Jelikož je výzkum zaměřen na lidi, kteří mají osobní zkušenost s pohlavně přenositelnými chorobami, bylo náročné získat participanty, tudíž nebyla určena žádná jiná kritéria, ve smyslu věku, pohlaví či podobné charakteristiky. Při hledání participantů mi pomohl informátor, který sám má individuální zkušenost se sexuálně přenositelnou chorobou. V období řešení tohoto problému hledal rady u jedinců s obdobnou zkušeností, na které mne posléze nasměroval. Dalším zdrojem dat se mi stali sami participanti, kteří taktéž znali jedince, kteří byli nakaženi, čili využitím metody sněhové koule jsem se dostala k dalším participantům. Vzhledem k povaze mé práce a citlivosti tématu jsem chtěla obsáhnout co nejširší spektrum hledání participantů. Proto jsem využila internetová diskuzní fóra, která se zaměřují na témata týkající se pohlavních nemocí, pomocí nichž jsem se dostala ke dvěma participantkám.

### **3.2 Sběr dat**

V první fázi výzkumu jsem si, jako metodu sběru dat pro svůj výzkum zvolila narativní vyprávění, které se vyznačuje tím, že participant/ka samovolně vypráví bez většího zásahu tazatele. Poté, co jsem provedla první, tedy i zkušební rozhovor jsem narazila na problém, který spočíval v uzavřenosti participantky. Nejspíše kvůli citlivé povaze tématu nebyla participantka schopna sama otevřeně hovořit o své prožité zkušenosti. Proto jsem se rozhodla pro hloubkové rozhovory, jež byly rámcované předem zvolenými okruhy témat. Rozhovory byly rozděleny na tři stěžejní témata a) období před zkušeností s nemocí b) situace během onemocnění, c) období po vyléčení. Rozhovory jsem provedla se sedmi participanty ve věku 19 – 31 let a postihla jsem stupně vzdělání od základního, přes středoškolské s maturitou, po vysokoškolské. Délka

rozhovorů se pohybovala od třiceti do šedesáti pěti minut. Místo uskutečnění jsem nechala na participantech, aby se cítili příjemně a byli ve svém přirozeném prostředí. Většinou to byly odlehlé kavárny, až na dva případy, kdy rozhovory proběhly přímo u participanta/ky doma. Participant/ky byli nejprve plně seznámeni s mým výzkumem a byla jim zajištěna naprostá anonymita. Také jsem je požádala, aby si sami zvolili pseudonym, pod kterým budou ve výzkumu vystupovat a v neposlední řadě byli požádáni o podepsání informovaného souhlasu, bez kterého by se výzkum nemohl uskutečnit. Rozhovory jsem nahrála na diktafon a následně doslovně přepsala.

### **3.3 Analýza dat**

Přepsané rozhovory jsem podrobila otevřenému kódování v programu Microsoft Excel a následně MAXQDA 11. Pomocí tematické analýzy jsem identifikovala hlavní témata rozhovorů. Nejprve jsem rozhovory rozřadila na tři základní kódy a to a) před onemocněním, b) během onemocnění a c) vyléčení. První téma analyzovalo pohled na vztah, vztahy jako takové. Následně jsem snažila odhalit všechny aspekty, podkódy související s partnerským či intimní vztahem. Tedy typy vztahů, četnost vztahů, jak partnerských, tak sexuálních, ochrana zdraví apod. V druhém tématu se jedinci vyjadřovali k situaci během onemocnění, zde jsem se opět snažila najít podkódy, které se k této zkušenosti vztahují, například pocity, první jednání, sdělení okolí, pocit stigmatizace. Poslední část analýzy rozhovorů se týkala období po vyléčení, tedy proměnou pohledu na intimní, partnerské vztahy skrze zkušenost s nemocí. Taktéž jsem se snažila nalézt co nejvíce témat týkajících se oné proměny, příkladem pak je proměna nahlížení na sexuální zdraví či proměna navazování vztahů. Pro lepší orientaci v kódech jsem využívala rozlišení pomocí barev a mind map, neboli myšlenkovou mapu.



## 4 OBDOBÍ PŘED NAKAŽENÍM POHLAVNĚ PŘENOSTELNOU CHOROBOU

Jak již bylo uvedeno v kapitole popisující průběh analýzy dat, na základě designu výzkumu byly výpovědi rozčleněny do tří stěžejních životních oblastí. První z nich bylo nahlížení na partnerství před nakažením STD. S čímž souvisí udržování dlouhodobých či krátkodobých vztahů, to, zda participant/ka připouští intimní život s jedinci, které důvěrně nezná, dále připustil-li si možnost onemocnění pohlavní nemocí a v neposlední řadě, zdali nějakým způsobem dbali o ochranu svého sexuálního zdraví.

### 4.1 První vztah

Výzkum úzce souvisí nejen s partnerskými vztahy, ale také s intimitou a sexualitou. Většina participantů ve výzkumu prožila svůj první pohlavní styk v rozmezí 16 - 17 let věku. Vzhledem k tomuto adolescentnímu věku je možné předpokládat větší četnost sexuálních partnerů u obou pohlaví. Arnett (2004: s. 69-72) říká, že dnešní mladí lidé mají možnost volby, tudíž necítí tlak ze strany okolí v otázce uzavření manželství či reprodukce. Tím získávají čas pro navazování dalších partnerských, intimních vztahů. Takovým způsobem pak mohou nalézt ideálního partnera a zkušenosti přenést do nově vzniklého vztahu.

*„No tak první vztah, ten sem udržovala, když mi bylo, hm... sedumnáct. Tenkrát sme se poznali nějak ve městě ... no ... a tak asi po čtrnácti dnech sme teda spolu měli poprvé sex, a pak spolu byli asi další rok. Ale potom se se mnou rozešel. (Přemýšlí) ... a od té doby sem měla asi 10 sexuálních partnerů. Ale když teda někoho poznám, tak jako řeknu max osum. Aby si nemysleli, že já nevim sem, jak to říct ... no promiskuitní.“ (Trudy, 22 let)*

Přesto, že nejsou jedinci v dnešní společnosti nijak výrazně limitováni v kontextu partnerství a taktéž jsou si ve vztahu rovni, literatura opomíjí zmiňovat hodnotící kritérium samotného společenství. Z výpovědi participantky je evidentní, že i přes možnost svobodné volby při výběru svých partnerů má potřebu přemýšlet nad hodnotícími soudy ostatních. Je však možné předpokládat, že se jedná pouze o subjektivní pocit.

## 4.2 Typ vztahový a nevztahový

Na základě výpovědi participantů lze jedince rozdělit do dvou kategorií, a to na typ vztahový a nevztahový. Tak sebe sami participant/ky definovali. Typ vztahový se vyznačoval preferencí soužití v páru a ve fázi hledání si vždy hledal partnera na vážný vztah. Výzkum z roku 2008, který provedl Tomáš Katrňák, se zaměřuje na mladé participanty/ky, ve věku 15 – 27 let, kteří se vyjadřovali k otázce vážného vztahu a jeho významu. Výsledky ukázaly čtyři hlavní atributy pro existenci vážného vztahu, jimiž jsou sexuální věrnost, společné plány do budoucna, zapojení do rodiny a společní známí. (Katrňák, Lechnerová, Pakosta, Fučík, 2010: s. 48-51).

*„Tak jako já bych chtěla mít nějaký zázemí, že jo, něco prostě buduješ jo, máš někoho ... s kým se můžeš dělit o to dobrý, o to špatný, no ... a řekla bych, že nejdůležitější je komunikace, tolerance, ne teda vždycky to tak funguje.“ (Štěpánka, 22 let)*

Dle výpovědi participantky tak můžeme najít shodný znak pro definici vážného vztahu, jako je například zázemí, čili společné bydlení. Participantka však nehovoří o věrnosti či společných plánech, nýbrž je pro ni stěžejní stav samotného partnerství a porozumění, což popisuje i druhý participant, který se taktéž definoval jako typ vztahový.

*„No takže, ehm ... já teda sem vztahovej typ. Vždycky sem hledal člověka, se kterým si budu rozumět a kterej ve mně vyvolá pocit bezpečí*

*a zázemí. Takže vlastně nějaký to partnerství pro mě bylo nejdůležitější.“*  
(Petr, 24 let)

Oproti tomu typ nevztahový navazoval ať už intimní či partnerské vztahy, které neměly dlouhého trvání, a primárně nehledali partnera pro vážný vztah, avšak tuto možnost nevyklučovali. Obecně pak typ nevztahový dominantně převládal nad vztahovým. Participanty/ky, kteří nepreferovali dlouhodobé vážné vztahy, bychom mohli označit jako kategorii singles, která se, jak uvádí Radimská a Tomášek (2003: s. 6) vyznačuje tím, že upřednostňuje seberealizaci a profesní život před osobním. Výše zmínění autoři hovoří o tom, že tito jedinci zároveň připouštějí budoucí navázání dlouhodobého vztahu, což odpovídá i zjištěním vyplývajícím z rozhovorů.

*„Takže já ty vztahy jako moc neřeším a užívám si.“* (Sylvie, 23 let)

Samozřejmě je nutné přihlédnout k věku participantů, kdy se věková kohorta, pohybovala od 19 do 31 let věku. Tudíž můžeme přepokládat, že s rostoucím věkem se tento pohled tzv. „nevztahových typů“ bude proměňovat.

S rozlišením vztahový a nevztahový typ se také pojila délka vztahů, kdy jedinci, kteří se definovali jako nevztahový typ, udržovali spíše krátkodobé vztahy, u vztahových tomu bylo naopak. Nevztahový typ více připouštěl nezávazný sex s jedinci, které neznal, vyjímaje tzv. „přátel s benefity.“ Dle Tomáška je možné, že jedinci, kteří udržují pouze sexuální vztahy, si takovýmto způsobem mohou nahrazovat absenci vážného vztahu. (Tomášek, 2006: s. 100 - 101). Další vysvětlení nabízí Máirtín Mac an Ghail a Chris Haywood, kteří tzv. „užívání si“ prisuzují postmodernizaci v oblasti sexu. Autoři říkají, že si lidé utváří okruh sexuálních voleb či tužeb, čímž je následně ovlivněn nejen jejich život, ale i sebeprojekce. To vše se následně promítá do partnerských vztahů

a podstatně ovlivňuje jejich navazování (Mac an Ghail, Haywood, 2007: s. 150).

*„Spíš ... můj vztah trvá chvíličku, když už se teda do nějakýho pustím, pak mě ten člověk většinou jako vomrzí. Jo, že sem ještě nenašla nikoho, kdo by se mnou tak korespondoval, abych s ním vydržela delší dobu.“*(Sylvie, 23 let)

Zajímavým zjištěním je fakt, že i když se participanti definovali jako typ nevztahový, pouze jedna participantka se nenakazila ve vztahu. Což opět verifikuje Tomáškovu tvrzení. Přesto, že vážný partnerský vztah není stavěn na primární pozici, není vyloučen a občasně jej participanti udržují i dlouhodoběji, tedy déle, než jeden rok.

#### **4.3 Podoby partnerství v kontextu současné doby**

Partnerské i intimní vztahy prošly revolucí, a to zejména v posledních desetiletích. Sex je hlavní složkou jak intimního, tak partnerského života. (Bauman, 2013: s. 33.) A výjimkou nejsou ani tzv. *friends with benefits*; „přátelé s výhodami“, přičemž tato forma vztahu poskytuje sexuální uspokojení bez stálého závazku k druhému (Bisson a Levine, 2009: s. 70). Fenomén této doby reflektovala ve výpovědi participantka Trudy, která sama tento typ vztahu udržovala v období nakažení.

*„No takže já teda měla takovýho kamaráda, no...nejdřív jako sme se vídali, po měsíci sme spolu začli spát. A ... to jako třeba tak rok nějak probíhalo. No a až po roce jsem se nakazila. A vlastně my sme jako byli takový ty kámoši s výhodama, abych to tak řekla. Prostě jako neměli sme závazky, hm ... ale trávili sme spolu čas, když sme teda chtěli no. Prostě sme si jenom napsali, mám čas, nemám čas a ... viděli sme se.“* (Trudy, 22 let)

Tato výpověď je úkazem naprosté benevolence v oblasti vztahů. Participantů uvedli délku alespoň jednoho roku pro definování vážného vztahu. Zde je vidět, že přesto, že vztah trval minimálně onen rok, nebyla zde žádná potřeba nadefinovat si jej jinak, ani se neobjevily aspirace pro možnost udržování vážného vztahu. Proto je nutno reflektovat existující možnost nezávazného, avšak dlouhodobě trvajících typu vztahu, který může vzhledem k určitému očekávání fungovat.

Participant Jiří uvedl, že se primárně snažil vyhledávat dlouhodobý vztah. Hlavním argumentem pak byla tendence usadit se a pomalu si zakládat rodinu. Avšak po neustálých marných snahách najít dlouhodobý vážný vztah se uchýlil právě k tomuto typu vztahu.

*„Partnerské vztahy ... (přemýšlí) ... mně bohužel často nevychází, takže nejčastěji udržuju takový ty vztahy, jak se říká "kamarádka s výhodama“ (smích).“ (Jiří, 31 let)*

V oblasti vztahů Katrňák říká, že pokud lidé chtějí společně jednat, tedy mít i fungující vztah, je třeba, aby se primárně poznali, vytvořili si určité pouto, byli otevření a upřímní jeden k druhému a tím si získali vzájemnou důvěru (Katrňák, 2000: s. 308-312). Dvě participantky reflektovaly obecnou nedůvěru vůči partnerům, a to ještě před subjektivní zkušeností s nemocí. Obě tyto participanty se definovaly jako typ nevztahový. Z výpovědí tedy vyplývá, že nechtějí vážné vztahy kvůli oné obecné nedůvěře, se kterou již do jakéhokoliv vztahu vstupují.

*„Partnerskej vztah, to ne ... no jako nevěřím chlapům vůbec, nevěřím.“ (Bětko, 19 let)*

Po výpovědi bylo evidentní, že si ani jeden/a z participantů/ek nikdy v životě nepřipustil/a možnost nakažení pohlavní nemocí. Samozřejmě tuhle problematiku reflektovali, avšak jen okrajově. Což samo vyplynulo z faktu, že ani jeden z nich neprovozoval chráněný sex a ani jeden jedinec ani neuvažoval o preventivním testování na STD.

## 5 SITUACE BĚHEM ONEMOCNĚNÍ

Druhý segment jedincova života bylo samotné období během onemocnění. Které se primárně pojí se zdravotním stavem postiženého a jeho psychickým stavem. Pohlavní nemoci vyvolávají ve společnosti negativní konotace, proto se ve spojení s nimi objevují metaforami typu promiskuita, perverze apod. (Sontag, 1997: s. 151). Ústředním bodem se pak díky výše zmíněným aspektům stává otázka stigmatizace.

### 5.1 První pocity při nakažení STD

Participantů se shodovali převážně na tom, že první pocity, které je provázely po zjištění lékařské diagnózy, byly pocity studu a hanby. Důležité je zmínit fakt, že většina participantů se v této situaci ocitla v důsledku nevěry ze strany partnera, proto se zde také objevovaly pocity zklamání, podvedení a vzteku. Vzhledem k věku participantů se u většiny případů, kdy se participant/ka nakazila v partnerství, jednalo o první vážný vztah, což samozřejmě mohlo negativně ovlivnit obecné nahlížení na vztahy.

*„Jako když sem tam přišla a dozvěděla se tohle, tak jako nejdřív mi to přišlo líto, přišel jako stud, pak teda vztek na partnera, ale hlavně asi stud. Co jsem dělala, no hrozně sem brečela (smích), nechtěla sem si to připustit, ale jako bylo to jasné no.“ (Štěpánka, 22 let)*

*Zmatená, jako vůbec jsem nečekala, že já vůbec něco takového můžu mít, protože nikdy sem si nepřipouštěla, že já někdy chytím pohlavní nemoc. (Bětko, 19 let)*

Reakce na danou situaci se lišily, i když převládaly pocity vzteku, hanby či zklamání. U jedné z participantek se objevila diametrálně odlišná reakce, primárně se totiž nezajímala o náhled svého okolí či zdravotní stav, ale o sexuální aktivitu.

*No jako moje pocity bylo takový, jako jo je to divný, že teda sem nakažená, ale moje první pocity byly sakra, měsíc s nikym nesmim spát (smích). Což je takový dost kontroverzní si myslim, jako že to asi nikdo moc takhle nemá. (Sylvie, 23 let)*

Dále z analýzy vyplynulo, že jedinec nacházející se v dané situaci touží po útěše či konzultaci ze strany svého okolí, proto se všichni svěřili rodině, popřípadě svému nejbližšímu okolí. Z toho vyplývá, že přesto, že doba je stále více individualizovaná a odosobněná, jak uvádí Beck (2004), ve společnosti stále panuje očekávání určité solidarity ze strany druhých.

*„Jako první věc ... sem volal nejlepšímu kámošovi se kterým sem to teda nák řešil jo a rozebíral.“ (Petr, 24 let)*

*Tak sem to řekla svým kamarádkám ve škole, tak jako ty mě samozřejmě podpořily, pochopily, nevím, snažily se mi jakoby pomoc zbavit se toho pocitu toho studu a abych si to nedávala za vinu. (Štěpánka, 22 let)*

## **5.2 Stigmatizace jedince**

Většina informátorů se stigmatizovaně cítila. Erving Goffman (2003: s. 9 -11) chápe stigmatizaci jako prvek, který odlišného člověka určitým způsobem znevýhodňuje, omezuje či vyčleňuje. Je ale nutné podotknout, že se ani jeden z participantů neseťkal s odsouzením ze strany svého okolí, všichni v něm našli podporu. Můžeme tudíž tvrdit, že se jedná pouze o vnitřní skrytou stigmatizaci, se kterou se jedinec vyrovnává sám. Což Watson a Corrigan (2002: s. 16-20) označují jako tzv. self-stigma. Ústředním aktérem této situace se stává sám postižený, který o sobě už od počátku negativně smýšlí, což se taktéž negativně projevuje na jeho jednání.

*„Tak jako určitě jo, styděl sem se, že jo, ale že sem za hlupáka, co mu holka nasadila parohy a ještě tohle.“ (Petr, 24 let)*

*Samozřejmě, jako jasně ... prostě sem se styděla, já měla i potom jako deprese. Připadala sem si hrozně, no ... nebylo to dobrý. (Bětko, 19 let)*

Participant/ky se tedy setkali se stigmatizací skrytou, kterou nemůžeme na první pohled zjistit, jak říká Goffman (2003: s. 55-100). Je zde nutná sociální informace, díky níž jsme schopni zjistit určité odchylky. Jedince, který je nějakým způsobem skrytě stigmatizován, nereflakuje jeho okolí jako něčím odlišného, jelikož může stigmatizaci skrývat. V tomto případě blízké okolí hrálo ve výpovědích rozporuplnou roli. Za prvé sloužilo jako podpora jedince, který se ocitl v choulostivé životní situaci, za druhé působilo jako aspekt možného odsouzení člověka, čili půda pro případnou stigmatizaci. Všichni participant/ky sice sdělili svému okolí, že onemocněli STD, ale objevily se zde velké časové rozdíly. To můžeme přikládat tomu, že skrývání určitého problému nebo zkušenosti či předstírání se následně stává nežádoucí a může negativně ovlivňovat samotnou identitu jedince. Přesto je nutno zdůraznit, že i přes primární strach z odsouzení okolím, je jedincova potřeba sociální podpory natolik veliká a důležitá, že tento prvotní strach překoná a má tendence ji hledat.

*„Prostě sem se bála, jakože reakcí svého okolí a jako já nevím, asi tam byl i nějaký ten primární strach z toho odsouzení, jo ... (povzdech) no, ale prostě jsem se potřebovala v tu chvíli někomu svěřit, jo jenom takovej ten no, vlastně ten pocit, že jako člověk není sám, ne. Tak sem to řekla svým kamarádkám ve škole, tak jako ty mě samozřejmě podpořily, pochopily.“ (Štěpánka, 22 let)*

*„Určitě nastane ztráta sebedůvěry, říkáte si ... jestli se to provalí, tak o vás nikdo ani nezavadí. No ale po čase sem se toho pocitu zbavil a nijak větší problémy neměl.“ (Jiří, 31 let)*



Jedna participantka uvedla, že nepociťovala stigmatizaci ze strany svého blízkého okolí, tedy po primárním překonání strachu z možného odsouzení, avšak setkala se s ní v prostředí, kde by to nikdy nečekala a kde by to z etického hlediska mělo být nepřipustné:

*„Vlastně jo, jednou se mi něco takového stalo, sem se ne ani tak styděla, ale jako viděla sem to na okolí. Protože teda já musela i k jiným doktorům a jako oni viděli tu mojí zprávu, že jo. No a tak všichni na to koukali tak, že sem jakoby promiskuitní, protože to k tomu jakoby patří, to se k tomu nabízí prostě. Jako přišlo mi, že mají takovej ten pohrdavej... nebo ani ne pohrdavej, (přemýšlí) ale koukaj se na mě skrz prsty no.“*  
(Barbora, 20 let)

V tomto případě se nejednalo o stigmatizaci skrytou, jelikož se lékař ze zdravotní zprávy dozvěděl o původu problému. Proto zde mohla proběhnout stigmatizace tak, jak ji konceptualizovali Bruce a Link, pomocí čtyř hlavních znaků. Prvním je označení určité odlišnosti, druhým je spojení s negativním významem, třetím je rozlišení na „my“, „oni“ a v neposlední řadě diskriminace a ztráta statutu čili samotná stigmatizace jedince (Bruce, Link, 2001: s. 367-371). Možné pocity pohrdavosti ze strany personálu nemocničního zařízení můžeme vysvětlit v kontextu metafor. Sontag (1997: s. 151) říká, že onemocnění STD se pojí s výrazy jako je promiskuita, deviance či perverze. Proto mohla participantka Barbora pociťovat odsouzení ze strany personálu. Avšak tento pocit mohl být pouze vykonstruovaný či zkreslený, jelikož participantka samotnou otázku své stigmatizace již vnitřně řešila.

Podobné negativní pocity z důsledku nemocničního zařízení pociťoval participant Jiří, který se léčil s onemocněním Kapavkou (viz příloha č. 2), a to hospitalizací. On sám měl však pocit, že se tato nastalá situace dala řešit ambulantně bez delšího pobytu.

*Tak tady už vlastně nebylo co dělat. No ... od návštěvy vám do třiceti minut sdělí výsledky, teda aspoň u mě to tak proběhlo. A pak teda už si můžete jen sbalit věci, jo a nastoupit hospitalizaci na kožním oddělení. Teda, jako já osobně si myslím, že je možnost i ambulantní léčby. A tak je to takový divný, jen mě tak přijde, že mě drželi vlastně jen kvůli tomu, jo, abych nákazu neroznášel dál, což v začátcích nemoci není u muže absolutně možný. Asi sem na ně blbě působil (smích) ... nebo já fakt nevím.“(Jiří, 31 let)*

Opět nutno zdůraznit, že se jedná pouze o subjektivní pocit participanta, avšak tento stav, kterým si jedinec prochází, se ve většině případů negativně odráží na jeho psychickém rozpoložení. Jak říká Schneider (2001), znevýhodněný člověk prochází pocity studu, zahanbení či depresemi, proto by personál daného oddělení neměl budit v člověku pocity odsouzení a pohrdání.

## **6 OBDOBÍ PO VYLÉČENÍ**

Třetím segmentem je období po vyléčení, které se pojí s uvědoměním. Jedinec rekapituluje a sám přichází na změny, které po vyléčení STD nastaly nejen v oblasti navazování partnerských vztahů, ale i otázce sexuálního zdraví.

### **6.1 Sebereflexe**

U všech participantů byla po této zkušenosti zaznamenána změna v pohledu na partnerské či intimní vztahy. Panuje v nich větší nedůvěra a obezřetnost. Důvodem je samozřejmě i nevěra ze strany partnera, která ve většině případů zapříčinila rozpad vztahu. Toto zjištění potvrzuje Katrňákův výzkum, ve kterém hovoří o nutnosti důvěry v otázce fungování vážného partnerského vztahu (Katrňák, Lechnerová, Pakosta, Fučík, 2010: s. 48-51).

*„No tak je to tak, že je ve mně nedůvěra, jako víc se hlídám, víc se zajímám o ty ženský, co se vlastně týče jejich minulosti.“ (Petr, 24 let)*

Participantů byli dotazováni, zda reflektují těžší navázání vztahu jak partnerského, tak intimního. Ukázalo se, že zkušenost s pohlavní nemocí má v tomto ohledu opět negativní vliv, který souvisí s aspektem nedůvěry. Je evidentní, že předchozí vztahy, ať už intimní či partnerské ovlivňují následnou podobu vztahů budoucích. Giddens říká, že nosným bodem je sexualita, která vychází u obou partnerů z jejich předchozích zkušeností (Giddens, 2012: s. 72 – 73). Zkušenost z přechodného partnerského či intimního vztahu má negativní konotace, proto je jedinec nucen více uvažovat o svých následných krocích při hledání potenciálního partnera.

*„Jo to teda určitě je, už jenom tím, že musím přemejšlet co je to za člověka a jako nejradši bych si o něm nejdřív něco zjistila jo, než vlastně vůbec něco bude.“ (Barbora, 20 let)*

## **6.2 Proměna ochrany zdraví**

Participantů uvedli, že otázka ochrany zdraví se výrazně proměnila. Jedna z participantek uvedla, že všichni její následující partneři museli podstoupit lékařské testy na pohlavní nemoci, avšak po nějaké době od toho upustila.

*„Tak určitě jsem ty testy nejdřív jako fakt vyžadovala, ale pak sem prostě postupem času od toho upustila a kondom jako to je už samozřejmost, teda ale vlastně u toho posledního, mého současného partnera, to už sem neřešila vůbec.“ (Štěpánka, 22 let)*

Upuštění od radikálních kroků ochrany zdraví, tedy testování budoucích partnerů, sama participantka následně reflektovala jako určité vytěsnění špatných situací v životě a zaměření se jen na ty dobré. Z toho můžeme soudit, že jedinec podniká razantní kroky a ochrany jen

chvilkově a poté opět nabyde dojmu, že je mimo ohrožení. Že tomu tak není se tato participantka přesvědčila sama, když jejímu současnému partnerovi diagnostikovali pohlavně přenositelnou chorobu. Samozřejmě se však jedná o subjektivní jednání.

Participant Petr reflektoval, že ve společnosti obecně panuje malá míra uvědomění si možné nákazy STD, což potvrzují Weiss a Zvěřina (2001: s. 33), kteří říkají, že například onemocnění virem HIV/AIDS je ve společnosti podceňováno, avšak ne tolik jako výskyt a možnost nakažení onemocněním STD.

*„Jako nikdy sem si nic takového nepřipustil ... obecný podvědomí takový je a hlavně teda, si myslím, že tyhle, no tyhle nemoci se dost podceňují. Jako většina, já nevím, mých kámošů to taky moc neřeší jo. Ale třeba ten můj nejlepší kámoš jo, tak ten teda skrz tu mojí zkušenost taky začal víc přemýšlet. Tak aspoň jako něco (smích).“ (Petr 24 let)*

Je tedy vidět, že se tato prožitá zkušenost může jak negativně, tak pozitivně (v případě ochrany zdraví) projevit na nejbližším okolí postiženého jedince, který tento stav s blízkou osobou řeší.

U jedné z participantek se ukázalo, že tato zkušenost otázku ochrany zdraví neproměnila a dále provozuje nechráněný sex, čímž se znovu vystavuje možnosti onemocnění pohlavní nemocí a s ní spojenými možnými problémy.

*„Jako si nemyslím, že to je dobře, každej by se měl chránit a já si myslím, že sem hloupá, že to nedělám jako. (smích) Ale ponaučení sem si z toho jako fakt nevzala, ale fakt jsem si myslela, že si vezmu ... jo, já jako když sem se léčila ten měsíc co sem jako s nikým nespala a léčila sem se, tak sem si říkala, á vodted' prostě už dycky použiju kondom a stejně ne.“ (Sylvie, 23 let)*

### 6.3 Podoba a navázání vztahu po subjektivní zkušenosti s STD

Proměnu postavení partnerství a intimního života v postmoderní společnosti reflektovala v rozhovoru participantka Štěpánka, která uvedla, že pro ni bylo těžší najít si plnohodnotný partnerský vztah, avšak co se intimního, sexuálního vztahu týče, s tím problémem neměla. Což rozhodně reflektuje fakt, že sexuální prožívání nestojí pouze na vztahu. Dnešní doba je natolik otevřená všem možnostem, že není ničím ojedinělým, když jedinec uspokojuje své sexuální touhy bez delšího trvajících vztahu (Lippa 2009: s. 208). Paradoxně to tedy platí i u jedinců, kteří staví vážný dlouhodobý vztah na první místo.

*„Tak asi celkově obojí ze začátku, načež teda postupem času, hm ... asi mi dělalo větší problém najít si partnerskej vztah, než ten intimní, protože... pokud šlo jenom o ten intimní, tak stačilo jako použít ochranu ááá, člověk se tak něk nemusel bát, ale znovu mít vztah a důvěřovat, je pro mě ... dodneška problém.“ (Štěpánka, 22 let)*

Participantka Bětka, v návaznosti na nevydařený vztah a nakažení STD reflektovala těžké navázání partnerského vztahu. Od vyléčení pak udržovala pouze krátkodobé, spíše sexuální vztahy a to z důvodu neschopnosti důvěřovat druhé osobě.

*„Byl to takovej těžkej vztah pro mě teda ... jako celá ta situace, teda to co se stalo. Ale od té doby sem s nikým vyloženě nechodila, protože mě teda jako dost vyšťavil. Nevím, měla jsem ted' skoro dvakrát vztah, ale to ztroskotalo, jako i na tý nedůvěře.“ (Bětka, 19 let)*

Jak již bylo avizováno, většina participantů byla nakažena ve vztahu ze strany svého partnera, proto je nyní těžší najít si plnohodnotný vážný vztah v důsledku ztracené důvěry.

*„No tak je to tak, že je ve mně nedůvěra, jako víc se hlídám, víc se zajímám o ty ženský, co se vlastně týče jejich minulosti.“ (Petr, 24 let)*

Jedinec, který si prošel touto zkušeností, samozřejmě řeší otázku, zda se s tím svěřit svému potencionálnímu partnerovi. Všichni participanti se shodli v tom, že pokud se bude jednat o opravdu vážný a dlouhodobý vztah, určitě se s ním o tuto životní zkušenosti podělí. Což opět potvrzuje Katrňák, který říká, že důležitým aspektem pro navázání vztahu je minulost a sdělení osobní pravdy (Katrňák, 2000: s. 308-312). Tím se dokládá fakt, že si i typ nevztahový připouští budoucí navazování vážných partnerských vztahů.

*„Tak jako určitě s tím nemám problém. Pokud by to byl vážnější vztah tak mu to samozřejmě řeknu, ale klukovi na jednu noc to vyprávět asi nebudu.“* (Sylvie, 23 let)

Na závěr bych chtěla uvést citaci participantky, která se v průběhu rozhovoru zamyslela nad celou touto moderní, postmoderní dobou. Svou výpověď podtrhuje Baumanovo tvrzení o online době, jednoduchosti, krátkodobosti a rychlosti vztahů, do kterých není třeba příliš investovat (Bauman, 2013: s. 58-69).

*„Ty vztahy dneska a jak na ně koukám, no ... tak dřív to asi nebylo úplně jiný. Dřív bylo rozhodně těžší se domluvit. Myslím, že tyhle vztahy na jednu noc, nebo i dvě byly určitě míň. Jako, dneska... si napíšeš, že jo hele přijed', vyspíme se spolu. Pudeš na diskotéku a s někým se vyspíš, dneska normálka. Další věc je facebook. Hele, mě si třeba přidá nákej kluk, chlap, to je jedno a teď najednou vidíš, 6 přátel společnejch. Hm, tak už ho začnu jakoby, jako to říct ... (přemýšlí) selektovat. Jako já a on se baví s tímhle, no to je úpadek. A prostě automaticky už ho vyhodíš, protože si to dohledáš. Ale kdybys ho třeba potkala ve městě a je ti sympatickej, tak by si do toho šla, dali byste si třeba čísla a prostě bys ho poznávala... jako sama. Ale takhle koukneš na fotky, jo a už třeba je to pro tebe pasé. Bohužel. A když se vrátím k těm nemocem, tak to už je jenom riziko, který, jako existuje, je a (přemýšlí) ... a když už tak, máš vlastně nějak pokřivenej ten pohled na vztahy jo, tak tohle tě jen*

*v podstatě dodělá a už žádnému chlapovi neuvěříš a hodně těžko budeš věřit v nějakej jako čistej vztah.“ (Trudy, 22 let)*

Je evidentní, že pohled na vztah se formuje v průběhu jedincova života, a to hlavně skrze negativní životní zkušenosti, které ho potkají. Z nich pak člověk vyvozuje určité závěry, které rámuji jeho partnerský a intimní život. Většina participantů sice vypověděla, že se z této prožité zkušenosti brzy vzpamatovala, avšak jisté důsledky pocítují dodnes a to hlavně ve formě nedůvěry. Přesto, že současná společnost nabízí široké spektrum vazeb, sociálních sítí a možností, dle poslední výpovědi jsou všechny tyto aspekty zároveň limitem a nástrahami, jež jsou pro postmoderní společnost typické a s nimiž je jedinec nucen se vypořádat.

## 7 ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo reflektovat proměnu jedince a jeho pohled na partnerské, intimní vztahy po zkušenosti se sexuálně přenositelnou chorobou. Výzkumné šetření bylo provedeno prostřednictvím hloubkových rozhovorů a účastnili se ho participanti/ky ve věku 19 - 31 let. Z analýzy vyplynulo, že proměny byly výrazné. Vzhledem k proměnlivé dynamice společnosti je evidentní, že se mnoho jedinců považuje za takzvané nevztahové typy, jež hledají jen sexuální uspokojení či udržují krátkodobé vztahy. Zygmunt Bauman tento typ vztahů označuje jako *kapesní vztah*, který je krátkodobý, nemusíme do něj příliš investovat a lehce ho vyměníme za jiný, to připisuje dnešní konzumní individualistické společnosti (Bauman, 2013: s. 26-33).

Na druhé straně tu však stojí jedinci, pro které je partnerství a vážný vztah na prvním místě, přesto nevylučují občasné krátkodobé sexuální známosti. Analýza zároveň prokázala křehkost partnerských vztahů, kdy se paradoxně většina participantů/ek nakazila v době vztahu od partnera/ky, kteří se dopustili nevěry, což nemá pozitivní vliv na budoucí navazování vztahů. Toto zjištění ukazuje, že typ nevztahový, který můžeme zahrnout do fenoménu *singles*, nezavrhuje možnost budoucího navázání vážného dlouhodobého vztahu. Co se otázky stigmatu týče, participanti/ky ve většině případů tvrdili, že stigmatizováni byli, avšak pouze vnitřně, kdy se sami museli vyrovnat s touto nepříjemnou situací. Analýza jednoznačně prokázala lidskou touhu po utěšení a porozumění, kdy se všichni participanti/ky svěřili svému blízkému okolí i přes primární strach z jeho odsouzení. V tomto ohledu vyvstává zajímavý paradox, kdy participanti tvrdili, že tato zkušenost byla skrze stigmatizaci negativní, přesto je ve své podstatě ovlivnila pozitivně, jelikož nyní více dbají na ochranu svého zdraví a více si uvědomují možná rizika, kterým se dříve vystavovali. Z analýzy vyplynulo, že po zkušenosti s pohlavně přenositelnou chorobou participanti/ky reflektovali



těžší navázání partnerského vztahu, a to například z důvodu ztracené důvěry, která je pro fungování vážného vztahu nezbytná, dále vyžadováním testů na pohlavní nemoci či potřeby poznat blíže své potencionální partnery. Totéž však neplatí u vztahu intimního, což vypovídá o současné otevřenosti naší společnosti. To potvrzuje i situace, na kterou jsem narazila během svého výzkumu. Mnoho participantů/ek dokázalo o zkušenosti s pohlavní nemocí hovořit snáze než o otázkách týkajících se jejich partnerských vztahů, kdy byli uzavření a odtažití. V průběhu mého šetření nebylo možné nevšimnout si opakujících se vzorců nahlížení na partnerství v postmoderní společnosti. Ty se projevovaly četnými sexuálními a krátkodobými vztahy, obecnou nedůvěrou v partnerství, partnera/ku, avšak paradoxně následné zahrnutí těchto zmíněných aspektů do strategie navázání dlouhodobého, vážného vztahu.

Vzhledem k omezenému počtu výzkumům týkajících se partnerství a pohlavních nemocí v českém kontextu by tento výzkum mohl sloužit k jeho rozšíření. A přispět tak svými výsledky do této ne příliš probádané tematiky. Práce ukázala pohled mladých jedinců na partnerství a potvrdila tak tvrzení mnoha autorů o postmodernitě a její nezávislosti v oblasti mezilidských vztahů a preference sexuálního uspokojení před investicemi do čehokoliv dlouhodobějšího, čili individualizaci jedince.

Výzkum měl však svá omezení a limity. Participantů/ek, jež se výzkumu účastnilo, bylo pouze sedm, při větším počtu participantů by zajisté vyvstaly další formy a podoby partnerských vztahů či strategie jejich navazování. Stejně tak by se rozšířilo pole tematiky sexuálně přenositelných chorob a rozlišné reflexe na možnou stigmatizaci. Další omezení spatřuji v zapojení pouze heterosexuálních jedinců, jelikož dostáváme pouze jeden úhel pohledu a výše zmíněné aspekty by se rozšířily do ještě větších rozměrů. Posledním omezením byl věk participantů/ek, ti spadali do mladší věkové skupiny (19-31 let), tudíž

nebylo možné komparovat různé životní pohledy a reakce na danou prožitou situaci. Výzkum by bylo možné dále rozšířit a opakovat jej po několika letech, aby bylo zjevné, jak se tyto pohledy nejen na partnerství, ale i sexuální prožívání s věkem mění. A zda by participantí/ky s odstupem tak dlouhého času nahlíželi na prožitou situaci odlišně. Také by bylo možné postihnout výše zmíněné nedostatky a realizovat tak výzkum větší a rozmanitější.

Otázkou zůstává, kam až je lidská společnost schopna zajít. Zda vzhledem k rychlé proměnlivé dynamice bude schopna ustát tuto revoluci, zda nebude mít nedozírné důsledky v otázce navazování dlouhodobých partnerských vztahů, jestli bude kompetentní pro fungování plnohodnotného dlouhodobého vztahu a lidé si uvědomí následky svých činů. Což by mohlo mít negativní vliv nejen na reprodukci, ale posléze i na existenci celé společnosti.

## 8 SEZNAM LITERATURY

- ARNETT, Jeffrey J. 2007. „Emering Adulthood: What is it, and what is it good for.“ *Society for Research in Child Development Perspectives* 1(2): 68-73.
- BAUMAN, Zygmunt. *Tekutá láska. O křehkosti lidských pout.* Praha: Academia, 2013. ISBN 978-80-200-2270-7
- BECK, Ulrich. *Riziková společnost.* Praha: SLON-Sociologické nakladatelství, 2011. ISBN 978-80-7419-047-6
- BECK, Ulrich, BECK-GERNSHEIM, Elisabeth. *Dálková láska.* Praha: Sociologické nakladatelství, 2014. ISBN978-80-7419-164-0
- BIANCHI, Gabriel. 2013. „Nové podoby sexuality, občianstva, noriem a reprodukcie: svet a Slovensko.“ *Sociológia* 45 (1): 5-26.
- BISSON, Melissa A., LEVINE, Timothy R. 2009. „Negotiating a friends with benefits relationship.“ *Archives of Sexual Behavior.* 38(1): 66-73.
- CORRIGAN, Patrick. W., WATSON, Amy. C. 2002. „Understanding the impact on people with mental illness.“ *World Psychiatry* 1 (1): 16-20.
- DePAULO, Bella M., MORRIS, Wendy L. 2005. „Singles in Society and in Science.“ *Psychological Inquiry.* 16 (2- 3): 57–83.
- Division of STD Prevention. 2014 „Sexually Transmitted Disease Surveillance.“ *U. S. Department of health and human services.* [online] [vid. 23. březen 2016]. Dostupné z: <http://www.cdc.gov/std/stats13/surv2013-print.pdf>

- FORMÁNKOVÁ, Lenka, KŘÍŽKOVÁ, Alena. 2014. „Partnerství spolu, i když zvlášť.“ Pp. 131-156 in HAŠKOVÁ, Hana, VOHLÍDALOVÁ Marta, MAŘÍKOVÁ, Hana, DUDOVÁ, Radka, UHDE, Zuzana, KŘÍŽKOVÁ, Alena, FORMÁNKOVÁ, Lenka. *Vlastní cestou? Životní dráhy v pozdně moderní společnosti*. Praha: SLON - Sociologické nakladatelství, 2014. ISBN 978-80-7330-258-0
- GIDDENS, Anthony. *Sociologie*. Praha: Argo, 1997. ISBN 80-7203-124-4
- GIDDENS, Anthony. *Proměna intimacy*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0175-5
- GOFFMAN, Erving. *Stigma – poznámky k problému zvládnutí narušené identity*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003. ISBN 80-86429-21-0
- VOHLÍDALOVÁ, Marta. 2014. „Partnerství a vybrané partnerské tranzice.“ Pp. 79-101 in HAŠKOVÁ, Hana, VOHLÍDALOVÁ Marta, MAŘÍKOVÁ, Hana, DUDOVÁ, Radka, UHDE, Zuzana, KŘÍŽKOVÁ, Alena, FORMÁNKOVÁ, Lenka. *Vlastní cestou? Životní dráhy v pozdně moderní společnosti*. Praha: SLON - Sociologické nakladatelství, 2014. ISBN 978-80-7330-258-0
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál, 2005. ISBN 978-80-7367-485-4
- JANDOUREK, Jan. *Úvod do sociologie*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-749-3
- KATRŇÁK, Tomáš. 2000. „Moderní partnerské vztahy a jejich proměna v době pozdní modernity.“ *Sociologický časopis* (36) 3 : 307-316.
- KATRŇÁK, Tomáš, LECHNEROVÁ Zuzana, PAKOSTA, Petr, FUČÍK, Petr. *Na prahu dospělosti – Partnerství, sex a životní představy mladých v současné české společnosti*. Brno: Dokořán, 2010. ISBN 978-80-7363-352-3

- LINK, Bruce G., PHELAN, Jo C. 2001. „Conceptualizing Stigma.“ *Annual Review of Sociology* (27): 363-385.
- LIPPA, Richard. *Pohlaví, příroda a výchova*. Praha: Academia, 2009. ISBN 978-80-200-1719-2
- MAC AN GHAIL, Máirtín, HAYWOOD, Chris. *Gender, Culture and Society*. Hampshire: PALGRAVE MACMILLAN, 2007. ISBN 978-0 - 333-98784-1
- PUHL, Rebeca, BLOWNELL, Kelly D. 2003. „Ways of coping with obesity stigma: review and conceptual analysis.“ *Eating Behaviors*. (4) 1: 53–78.
- RABUŠIČ, Ladislav, KEPÁKOVÁ, Kateřina. 1999. „Sexuální chování adolescentů a riziko HIV.“ *Sociologický časopis* (35) 2: 161-179.
- RADIMSKÁ, Radka., TOMÁŠEK, Marcel. 2003. „Singles – nový životní styl a jeho genderová specifika v České republice.“ *Gender, rovné příležitosti, výzkum* (1 -2): 10-11.
- ROSENEIL, Sasha, BUDGEON, Shelley. 2004. „Cultures of Intimacy and Care Beyond ‘the Family’: Personal Life and Social Change in the Early 21st Century.“ *Current Sociology* 52 (2): 135–159.
- SCHEFFER, Rena. 2003. „Addressing Stigma: Increasing public understanding of mental illness.“ *Public Education and Information Services*. [online] [vid. 15. únor 2016 ]. Dostupné z: [http://www.camh.ca/en/education/Documents/www.camh.net/education/Resources\\_communities\\_organizations/addressing\\_stigma\\_senatepres03.pdf](http://www.camh.ca/en/education/Documents/www.camh.net/education/Resources_communities_organizations/addressing_stigma_senatepres03.pdf)
- SENNETT, Richard, 1986: *The Fall of Public Man*. London: Faber and Faber.

- SONTAG, Susan. *Nemoc jako metafora. Aids a jeho metafory*. Praha: Mladá fronta, 1997. ISBN 80-204-0587-9
- SCHNEIDER, David J. *The psychology of Stereotyping*. New York: Guilford Press. 2004. ISBN 1-59385-193-6
- TEVA, Inmaculada, BERMÚDEZ, Maria P., BIELA-CASAL, Gualberto. 2010. „Sexual Sensation Seeking, Social Stress, and Coping Styles as Predictors of HIV/STD Risk Behaviors in Adolescents.“ *Youth and Society* 42 (2): 255-277.
- TOMÁŠEK, Marcel. 2006. „Singles a jejich vztahy; kvalitativní pohled na nesezdané a nekohabituující jednotlivce v České Republice.“ *Sociologický časopis* 42 (1) : 81-105.
- ÚZIS ČR. *Pohlavní nemoci 2011*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2012. ISBN 978-80-7472-085-7
- WEISS, Petr, ZVĚŘINA, Jaroslav. *Sexuální chování v ČR – situace a trendy*. Praha: Portál, s.r.o., 2001. ISBN 80-7178-558-X
- YOUNG, Sean D., NUSSBAUM, David A, MONIN, Benoit. 2006. „Potential moral stigma and reactions to sexually transmitted diseases: Evidence for a disjunction fallacy.“ *Personality and Social Psychology Bulletin* [online] [vid. 20. březen 2016]. Dostupné z: <https://vxheaven.org/lib/pdf/Young%20Nussbaum%20Monin%20PSPB%202007.pdf>

## 8.1 Internetové zdroje

- Vitalion. 2016. „Pohlavní choroby.“ [dostupné z: <http://nemoci.vitalion.cz/pohlavni-choroby/>, vid. 5. březen 2016].
- WHO. 2010. „Defining sexual health.“ [dostupné z: [http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual\\_health/sh\\_definitions/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/), vid. 5. březen 2016].

UZEL, Radim. 2001-2013. „Sexuálně přenosné choroby.“ [dostupné z: <http://www.planovanirodiny.cz/clanky/sexualne-prenosne-choroby>, vid. 20. březen 2016].

Medicínské centrum Praha, s.r.o. 2016. „Chlamydiová infekce.“ [dostupné z: <http://www.venerologie.cz/onemocneni/chlamydie/>, vid. 20. březen 2016].

Medicínské centrum Praha, s.r.o. 2016. „Kapavka.“ [dostupné z: <http://www.venerologie.cz/onemocneni/kapavka/>, vid. 20. březen 2016].

Medicínské centrum Praha, s.r.o. 2016. „Syfilis, příjice.“ [dostupné z: <http://www.venerologie.cz/onemocneni/syfilis/>, vid. 20. březen 2016].

## RESUMÉ

Venereal diseases are connected with sexual phenomenon, in postmodern society. The goals of this thesis was to find out, how spend experience with venereal disease that was sexually transmitted, influence the view on looking for new partnerships, intimate relationships. Theoretical part deals with existing scientific research, based not only on venereal diseases but also on relationships, than it works with concept of stigmatisation, which is mainstay for given thesis. This Bachelor Thesis is based on empiric research, actually it is a case study, which includes interviews with participants, that are processed with help of thematic analysis.

Analysis itself is divided into three main chapters, that are dealing with life of individual before he became ill with STD and with his opinion of intimate relationships. Second chapter consists of situations during illness, feelings that accompany this disease and primarily stigmatisation, that occurred itself very frequently within disease. In the last third chapter are summarized opinion changes connected with STD experiences.

From ascertained results it is evident, that in most cases individuals do not need a long-time relationship to gratify his sexual needs. Due to a postmodern society and its openness, there are many types of intimate relationships, that are non-binding. If individual was asked about STD experience, it showed us that most of them were exposed to stigmatisation but the issue is that it was a hidden stigmatisation, which was distinguished by feeling of shame. This experience also influenced partnerships or intimate relationships, or more precisely- individuals with STD experience are distrustful and wary. And last but not least it is important to make safe sexual intercourse. With this, individual cares about his health.



In general, STD are underestimated. With hormonal contraception coming, the utilization of other protection measures, like a condom, is decreased. Postmodern society is discussing about hormonal contraception little bit sceptic. It is because this contraception is big medical intervention in to human body and many women do not use it. And thanks to this, maybe using of condoms will increase and the incidence of STD will be lower.

## **9 PŘÍLOHY**

### **9.1 Příloha č. 1 - Profily participantů**

#### **Participantka č. 1 – Sylvie**

Věk: 23 let

Nejvyšší dosažené vzdělání: Střední odborná škola s maturitou - gymnázium

Zaměstnání: Manažerka restaurace

Pohlavní nemoc: Chlamydie

Délka léčení: 1 měsíc

---

#### **Participantka č. 2 – Barbora**

Věk: 20 let

Nejvyšší dosažené vzdělání: Střední odborná škola s maturitou

Zaměstnání: Studentka

Pohlavní nemoc: Chlamydie, HPV virus

Délka léčení: 5 měsíců

---

#### **Participantka č. 3 - Štěpánka**

Věk: 22 let

Nejvyšší dosažené vzdělání: Střední odborná škola s maturitou - gymnázium

Zaměstnání: Baristka

Pohlavní nemoc: Chlamydie

Délka léčení: 1 měsíc

---

**Participantka č. 4 – Bětka**

Věk: 19 let

Nejvyšší dosažené vzdělání: Střední odborná škola s maturitou

Zaměstnání: Au-pair

Pohlavní nemoc: Chlamydie

Délka léčení: primárně 2 měsíce, následky do současnosti

---

**Participant č. 5 – Petr**

Věk: 24 let

Nejvyšší dosažené vzdělání: Vysoká škola – bakalářský program

Zaměstnání: Student

Pohlavní nemoc: Syfilis

Délka léčení: 5 měsíců

---

**Participantka č. 6 – Trudy**

Věk: 22 let

Nejvyšší dosažené vzdělání: Střední odborná škola s maturitou

Zaměstnání: Student

Pohlavní nemoc: Chlamydie, posléze genitální opar (herpes)

Typ: Nevztahový

Délka léčení: 2 měsíce

**Participant č. 7 - Jiří**

Věk: 31

Nejvyšší dosažené vzdělání: Základní

Zaměstnání: Strojírenský dělník

Pohlavní nemoc: Kapavka

Typ: Nevztahový

Délka léčení: 2,5 měsíce

## 9.2 Příloha č. 2 – Sexuálně přenositelné choroby vyskytující se ve výzkumu

### Chlamydie trachomatis

V současné době se jedná o jednu z nejrozšířenějších pohlavních infekcí v České republice mezi mladistvými. Nemusí se přenášet čistě pohlavním stykem, chlamydiová infekce se může přenést například dotykem. Druhým nejčastějším výskytem je chlamydiová infekce v oku, avšak může postihnout i další orgány v těle.

Příznaky: U poloviny žen a až 80 % mužů se tato infekce neprojeví. Pokud se projevy objeví, u mužů se jedná o zánět močové trubice. U žen se pak jedná o zánět děložního čípku s vaginálním výtokem.

Inkubační doba: 3 týdny

Léčba: antibiotika

Délka zdravotní indispozice: 7 dní, pokud se jedná o stav bez komplikací<sup>5</sup>

### Kapavka

Toto onemocnění má typické projevy pro muže a ženy. Je evidována i u novorozenců přenesením z matky na plod. V mnoha případech se objevuje společně s chlamydiovým onemocněním.

Inkubační doba: 5 dní u mužů, 10 dní u žen

Příznaky: U mužů se kapavka projevuje zánětem močové trubice, doprovázeným bolestmi a typickým bíložlutým výtokem z močové trubice. Pro ženy je typický také zabarvený výtok, opět doprovázený bolestmi. U 20 % žen se infekce neprojeví.

---

<sup>5</sup> Medicínské centrum Praha, s.r.o. 2016. „Chlamydiová infekce.“ [dostupné z: <http://www.venerologie.cz/onemocneni/chlamydie/>, vid. 2016-03-20].

Léčba: ambulantně i hospitalizací, podle průběhu léčby, antibiotika, při nedostatečném léčení se může zánět rozšířit a vyústit až v neplodnost žen.

Délka zdravotní indispozice: 7 dní, ale vyřazen z lékařské evidence je jedinec až po 4 měsících<sup>6</sup>

## **Syfilis**

Toto onemocnění může být vrozené i získané. Přenáší se nejen pohlavním stykem, ale i stykem orálním. Dělí se do několika stadií podle průběhu onemocnění.

Inkubační doba: obvykle 3 týdny

Příznaky: typickým projevem u mužů je vřed kdekoliv na genitálu. U žen se vřed objevuje ve vagíně nebo na děložním čípku. Proto se toto onemocnění dá zjistit pouze lékařským vyšetřením.

Léčba: penicilin, po zahájení medikace se u 75 % případů objeví tzv. *Jarisch-Herxheimerova* reakce, jež se projevuje třesavkou, horečku, bolestí hlavy a svalů a tachykardií. Proto léčba probíhá většinou hospitalizací.

Délka zdravotní indispozice: 15-21 dní, jedince je kvůli vysoce infikovanému typu onemocnění vyřazen z lékařské evidence až po dvou letech.<sup>7</sup>

---

<sup>6</sup> Medicínské centrum Praha, s.r.o. 2016. „Kapavka.“ [dostupné z: <http://www.venerologie.cz/onemocneni/kapavka/>, vid. 2016-03-20].

<sup>7</sup> Medicínské centrum Praha, s.r.o. 2016. „Syfilis“ [dostupné z: <http://www.venerologie.cz/onemocneni/syfilis/>, vid. 2016-03-20].

### 9.3 Příloha č. 3 – Formulář informovaného souhlasu

#### Informovaný souhlas

**Název bakalářské práce:** Sexuálně přenositelné choroby a jejich vliv na podobu intimních vztahů

**Řešitelka výzkumu:** Karolina Tichá

Vážená paní, vážený pane,

obracím se na Vás se žádostí o spolupráci na výzkumu, jehož cílem je zjistit, jakou má osobní zkušenost se sexuálně přenositelnou chorobou vliv na nahlížení partnerských vztahů a zda nějakým způsobem ovlivňuje strategie pro budoucí navazování intimních vztahů. Pro výzkum budou použity hloubkové rozhovory, které budou rámované předem zvolenými okruhy témat. Pokud s účastí na projektu souhlasíte, připojte podpis, kterým vyslovujete souhlas s níže uvedeným prohlášením.

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výzkumném projektu pro bakalářskou práci s názvem Sexuálně přenositelné choroby a jejich vliv na podobu intimních vztahů. Řešitelka mne informovala o podstatě a výzkumu. Obeznámila mne s cíli, vybranými metodami a postupy, které budou při výzkumu používány. Souhlasím s tím, že rozhovor bude celou dobu nahráván na diktafon a následně anonymně zpracován. Dále souhlasím s tím, že takto pořízené údaje budou použity jen pro účely výzkumu a výsledky výzkumu mohou být publikovány pod pseudonymem, který si sám/sama zvolím.

Mohl/a jsem se řešitelky zeptat na vše, co jsem považoval/a za pro mne podstatné a potřebné vědět. Jsem informován/a, že mám možnost kdykoliv od spolupráce na výzkumu odstoupit, a to i bez udání důvodu. Řešitelka se zavázala k poskytnutí zhotovené práce.

---

podpis participanta/ky